

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЧЕРКАСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО**

Навчально-науковий інститут економіки і права  
Кафедра менеджменту та економічної безпеки  
Спеціальність 073 Менеджмент  
Освітня програма Менеджмент організацій

До захисту допускаю  
Завідувач кафедри  
С.А. Назаренко  
(ініціали, прізвище)  
\_\_\_\_\_  
(дата, підпис)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
освітнього ступеня МАГІСТР

**УДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ  
ДІЯЛЬНІСТЮ ОРГАНІЗАЦІЇ**

Студентка групи МО-19      Козін Олександр Андрійович      \_\_\_\_\_  
(шифр групи)      (прізвище, ім'я, по батькові)      (підпис)

Науковий керівник доцент, к.е.н. Занора В.О.      \_\_\_\_\_  
(вчені ступінь та звання, прізвище, ініціали)      (підпис)

Консультанти: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(вчені ступінь та звання, прізвище, ініціали)      (підпис)

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ ЗАКЛАДІВ СФЕРИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	6
1.1. Економічне управління діяльністю закладів сфери медичних послуг: сутність, зміст, структура.....	6
1.2. Особливості та інструменти економічного управління діяльністю закладів сфери медичних послуг.....	13
1.3. Критерії, принципи та методи оцінки результатів економічного управління діяльністю закладів сфери медичних послуг.....	17
Висновки до розділу 1.....	22
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ УМОВ, ФАКТОРІВ ТА РЕЗУЛЬТАТІВ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ КП «ПИРЯТИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ».....	24
2.1. Оцінка господарської діяльності підприємства.....	24
2.2. Оцінка результатів економічного управління діяльністю підприємства.....	26
Висновки до розділу 2.....	29
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ КП «ПИРЯТИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»	
3.1. Алгоритм розробки та впровадження диференційованої системи оплати праці працівникам підприємства.....	30
Висновки до розділу 3.....	46
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	51
ДОДАТКИ.....	54

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Формування ринку медичних послуг і поява конкурентних відносин в даній сфері, що супроводжуються бюджетними реформами вітчизняної системи охорони здоров'я, дозволяють констатувати прихід нової економічної формації, в якій інструменти управління установами, які раніше використовувалися, виявилися низько-ефективними, неадекватними сучасним соціально-економічним реаліям.

Нова економічна формація вимагає переходу від адміністративного до економічного управління установами сфери медичних послуг, з відповідною адаптацією його інструментарію до функціональних особливостей діяльності даних установ.

Це обумовлює необхідність проведення наукового дослідження, присвяченого проблемі вдосконалення економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг.

**Аналіз наукових досліджень і публікацій.** Специфічним особливостям економічного управління діяльністю суб'єктів, що функціонують у сфері медичних послуг, присвячені праці Грабовського В., Дмитрука О., Мельника Л., Назарко С., Стефанишина Л. та ін.

Наукові розробки названих, а також численних інших дослідників заслуговують на високу оцінку, як з точки зору розвитку теорії економічного управління, так і з точки зору практики його організації.

Однак слід визнати, що в зв'язку з швидкою зміною соціально-економічних умов, незавершеним реформуванням вітчизняної сфери охорони здоров'я в цілому і сфери медичних послуг, зокрема, зміною порядку фінансування діяльності установ сфери медичних послуг, теоретико-прикладну розробку проблеми економічного управління діяльністю даних установ передчасно визнавати завершеною.

**Мета.** Метою дослідження є розвиток окремих теоретичних положень, які обґрунтовують специфіку економічного управління діяльністю установ

сфери медичних послуг, і розробка нового інструментального забезпечення його вдосконалення.

**Об'єкт дослідження** – КНП Пирятинська центральна районна лікарня.

**Предмет дослідження** - економічне управління діяльністю установи сфери медичних послуг.

Поставлена мета зумовила необхідність досягнення наступних завдань дослідження:

- дослідити економічне управління діяльністю закладів сфери медичних послуг його сутність, зміст, структуру;
- проаналізувати особливості та інструменти економічного управління діяльністю закладів сфери медичних послуг;
- провести оцінку результатів економічної діяльності досліджуваного підприємства;
- запропонувати алгоритм розробки та впровадження диференційованої системи оплати праці працівникам підприємства.

**Методи дослідження.** У роботі реалізована методологія системного та діалектичного підходу до дослідження, використані методологічні положення ситуаційного та функціонального підходів, загальної методології управління, методології стандартизації медичних послуг, тарифікації ціноутворення, управлінського обліку витрат і доходів установи, планування його діяльності.

В роботі результативно реалізований комплекс базових методів економічного дослідження: загальнонаукових, економіко-статистичних, аналітичних. Обробка емпіричних матеріалів проводилася з застосуванням сучасного програмного забезпечення.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Наукова новизна дослідження в загальній постановці полягає в розвитку окремих теоретичних положень, що обґрунтовують специфіку економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг, і розробці нового інструментального забезпечення його вдосконалення.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практичне значення роботи визначається комплексом результатів дослідження, що дозволяють удосконалювати економічне управління діяльністю установ сфери медичних послуг за допомогою нового інструментального забезпечення.

**Апробація результатів роботи.** Основні положення кваліфікаційної роботи були апробовані та викладені в тезах (додаток А) на XXII Всеукраїнській науковій конференції молодих вчених «Актуальні проблеми природничих і гуманітарних наук у дослідженнях молодих учених» (23-24 квітня 2020 р., м. Черкаси).

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ ЗАКЛАДІВ СФЕРИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Економічне управління діяльністю закладів сфери медичних послуг: сутність, зміст, структура

Економічне управління передбачає стратегію розвитку підприємства (розробку глобальних цілей, завдань і шляхів розвитку підприємства) за будь-яких можливих станів внутрішнього і зовнішнього середовища. Воно використовує набір принципів і правил для прийняття рішень, якими підприємство керується у своїй господарській діяльності та реалізація яких, за встановленими в стратегічних планах правилами, призводить до вирішення певних завдань і досягнення цілей, що стоять перед підприємством. Це в свою чергу, передбачає, що успіх підприємства визначають не раціональна організація виробництва продукції (товару), зниження витрат за рахунок виявлення внутрішньовиробничих резервів, підвищення продуктивності праці та ефективності використання всіх видів ресурсів, а те, наскільки вдало підприємство пристосовується до свого зовнішнього оточення: економічного, соціально-політичного, науково-технічного тощо [1].

У такому трактуванні змісту економічного управління простежується явний ситуаційний підхід, використання якого, на наш погляд, правомірно з урахуванням швидко мінливого економічного середовища і необхідності адаптаційних змін управлінського впливу на господарську діяльність організації.

У нашому дослідженні ми виходимо з того, що економічне управління виступає функціональним різновидом загальної системи управління організацією, а, отже, трактування його сутності повинно відображати функціональну специфіку одночасно в двох аспектах: з чутки зору відповідності методології управління як такої; з точки зору відображення особливостей функціональної діяльності організації [1].

З огляду на це ми вважаємо за можливе трактувати економічне управління діяльністю медичної установи як особливий вид функціонального управління, що базується на методології управління господарюючим суб'єктом (підприємством, організацією), орієнтований на забезпечення сталого економічного розвитку в конкурентному середовищі, що досягається за допомогою використання специфічного інструментарію, адекватного особливостям виробництва і реалізації медичних послуг населенню.

Сутнісними положеннями запропонованого визначення, що відображають нашу позицію, є:

- визнання функціонального характеру економічного управління діяльністю медичної установи, його супідрядне управління суб'єктом мікроекономічного рівня, наявності причинно-наслідкового зв'язку між ними;
- визначеність методологічної основи економічного управління діяльністю медичної установи - методології управління організацією;
- вказівка цільового орієнтиру економічного управління діяльністю медичної установи - забезпечення стійкого економічного розвитку в конкурентному середовищі;
- облік факту специфічності управлінського інструментарію, що використовується в сфері виробництва і надання медичних послуг населенню.

Як і будь-якому іншому виду управління, економічному управлінню властива наявність певної структури, яка описується взаємозв'язком складових її елементів і їх взаємопогодженістю в цілісну систему [2].

Ми вважаємо, що структура економічного управління діяльністю медичних установ повинна включати в себе ті елементи, які строго відповідають базовим елементам системи управління: мета, завдання, суб'єкт, об'єкт, предмет, функції, інструменти (рис. 1.1.).

Принципово важливим моментом для пізнання системного будови економічного управління, на наш погляд, є порядок взаємозв'язків його структуроутворюючих елементів.

На наведеній схемі нами зроблено акцент на існуванні зворотного зв'язку між метою та завданнями (що пояснюється необхідністю коригування завдань в залежності від зміни мети та навпаки); завданнями та інструментами

(що аргументується необхідністю розробки нових інструментів економічного управління, що дозволяють більш ефективно вирішувати властиві йому завдання); інструментами і предметом (що доводиться тим, розширенням предмета економічного управління, яке відбувається на практиці, та зумовлює розвиток його інструментарію).

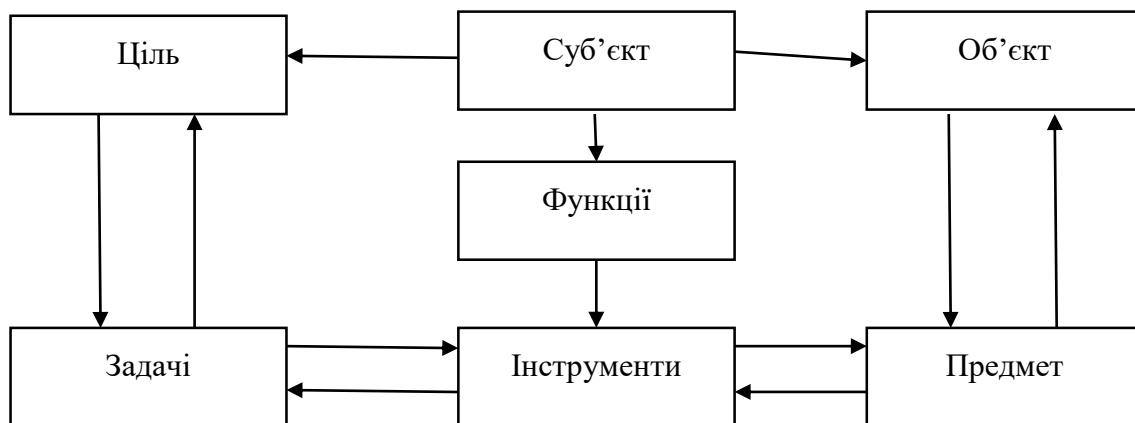


Рис. 1.1. Взаємозв'язок системо утворюючих елементів економічного управління

З урахуванням даних положень ми вважаємо за можливе запропонувати наступну схему моделі економічного управління, що враховує функціональні особливості управління діяльністю медичних установи (рис. 1.2).

Для надання роз'яснень до моделі економічного управління діяльністю медичних установ г зазначимо таке.

Формулювання мети економічного управління акцентує увагу на залежності положення установи в конкурентному середовищі від ефективного використання економічних інструментів управління [6].

Це положення виступає визначальним для встановлення дуального характеру взаємозв'язку між завданнями економічного управління і інструментарієм, що забезпечує рішення задач.

Суб'єкт економічного управління діяльністю медичної установи ми представляємо в розширеному вигляді, відносячи до нього одночасно і адміністрацію установи - професійних менеджерів, керуючих економікою як системною цілісністю, і працівників установи, що виконують окремі функції



економічного управління відповідно до повноважень, які визначаються функціональними обов'язками [9].

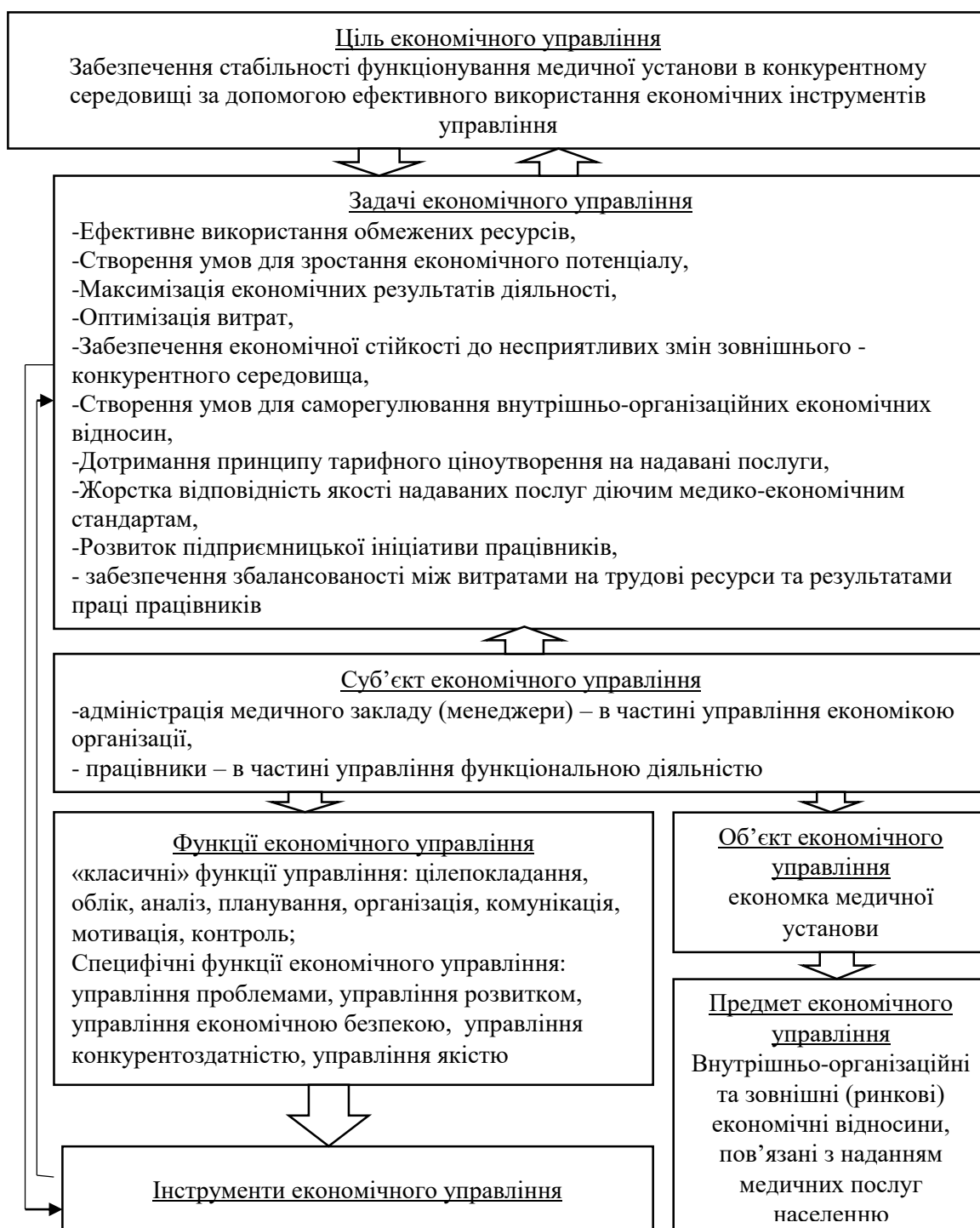


Рис. 1.2. Модель економічного управління діяльністю медичної установи

Склад функцій економічного управління діяльністю установи сфери медичних послуг, на нашу думку, також повинен бути представлений в розширеному вигляді.

Ми не відкидаємо цінності «класичних» функцій управління (оскільки економічне управління є функціональним різновидом управління як такого).

Однак видається доречним доповнити їх специфічними функціями, які конкретизують сферу управлінського впливу на економіку медичного закладу (об'єкт економічного управління), а саме функціями управління проблемами, розвитком, економічною безпекою, конкурентоспроможністю, якістю [12].

Особливе значення для пізнання специфіки економічного управління діяльністю медичної установи, має його предмет – внутрішньо-організаційні і зовнішні (ринкові) економічні відносини, пов'язані з наданням медичних послуг населенню.

Пізнання предмета економічного управління вимагає визначеності в розумінні сутності самої медичної послуги.

Для нашого дослідження це необхідно, оскільки предметом економічного управління діяльністю установи сфери медичних послуг ми визначаємо внутрішньо-організаційні і зовнішні (ринкові) відносини, пов'язані з наданням медичних послуг населенню.

У трактуванні Вялкова А.І., «послуги – це результат діяльності, що виявляється у вигляді самої діяльності, що змінює якість вже існуючих об'єктів. Послуги - це найпоширеніший продукт виробничої-економічної діяльності в охороні здоров'я, так як сама діяльність підтримує здоров'я людей» [13].

У виробництві медичних послуг задіяні не лише працівники чисто медичних професій. Важливе значення в цьому процесі мають технологічно пов'язані види робіт, що забезпечують виконання медичних послуг (включаючи транспортування хворих до місць лікування, обслуговування засобів зв'язку, технічну підтримку комп'ютерного забезпечення діяльності тощо); забезпечують виробництво продукції і товарів у вигляді лікарських засобів, предметів догляду за хворими, апаратів і інструментів для надання медичних послуг [15].

Очевидно, що медичним послугам, в силу неподільності їх соціальної і економічної значущості, властиві певні особливості, що вимагають обліку в

економічному управлінні діяльністю установ, що спеціалізуються на їх виробництві та реалізації [16]:

1. Об'єктивне не співпадіння поглядів споживчих властивостей медичної послуги в уявленнях її виробників і споживачів обумовлено різним рівнем їх знань про властивості, необхідність та обсяги медичних послуг.

2. Попит на медичні послуги залежить від ступеня агресивності їх пропозиції. Це означає, що прагнення установ сфери медичних послуг до максимізації доходів породжує тенденцію некерованого зростання обсягу медичних послуг і вироблених витрат без адекватного зростання ефекту для споживачів послуг.

Тут доречно підкреслити, що вказані обставини стосується тільки медичних послуг, вартість надання яких компенсується грошовими витратами споживачів.

3. Для тих послуг, які для споживача є «безкоштовними» (витрати на оплату яких компенсуються державою з коштів фонду обов'язкового медичного страхування або за рахунок програм додаткового, добровільного медичного страхування), має місце наступна особливість - неможливість повного перекладу медичних послуг на платну основу через їхню приналежність до соціально-суспільних благ.

В даному випадку мова йде про неможливість регулювання попиту, пропозиції та ціни на медичні послуги за допомогою ринкового механізму в його сформованому «класичному» поданні, оскільки всі члени суспільства повинні мати можливість реалізувати своє конституційне право на отримання медичних послуг, незалежно від рівня купівельної спроможності.

Це означає, що соціально-суспільні блага, до яких належать медичні послуга, мають неринковий характер.

4. На блага такого роду не діють закони вільного ринку і конкуренції, а тому функцію регулювання ринку медичних послуг берег на себе держава в рамках соціальних зобов'язань перед громадою, штучно визначаючи характер виробництва і розподілу соціально-суспільних благ (медичних послуг).

5. Кінцевою метою будь-якої медичної послуги є підтримка стану здоров'я або відновлення тимчасової втрати працездатності людини, що з

позицій економіки передбачає його подальшу ефективну зайнятість у суспільному виробництві або з позицій соціального аспекту - поліпшення якості життя населення, як зайнятого в суспільному виробництві, так і вивільненого з нього.

Якщо виходити з позитивних змін названих станів, прогнозування зростаючої потреби в медичних послугах виправдано в частині послуг профілактичного характеру (спрямованих на підтримку здоров'я і запобігання захворюванням), а в частині клінічних (лікувальних, медичних) послуг прогнози позитивні при зниженні потреби в них.

6. Ще однією особливістю медичних послуг, що вимагає обліку в економічному управлінні діяльністю установ, що спеціалізуються на їх виробництві та реалізації, є обмеження вільної конкуренції на ринку медичних послуг.

Це обмеження впливає з існуючого порядку ліцензування діяльності як самих установ, так і лікарського персоналу, який надає професійні медичні послуги населенню або в рамках діяльності установи, або в рамках приватної лікарської практики.

Обмежений вхід на ринок медичних послуг, що обумовлюється обов'язковістю наявності ліцензії, перешкоджає розвитку вільної конкуренції, що, на наш погляд, виправдано з урахуванням прямої залежності стану здоров'я населення від якості медичних послуг, що вимагає суворого державного контролю.

7. Підвищений попит на «безкоштовні» медичні послуги збільшує навантаження і витрати установ, які їх надають, але відмовити споживачам в отриманні цих послуг вони не можуть в силу вище зазначеної приналежності до створення соціально-суспільстві інших благ, витрати на виробництво яких компенсуються коштами державної програми обов'язкового медичного страхування.

8. І, нарешті, остання з виділених нами особливостей медичних послуг, що визначають специфіку економічного управління діяльністю спеціалізуючихся на них установ, - прояв зовнішніх позитивних екстерналій від споживання медичних послуг.

Мова в даному випадку іде, наприклад, про послуги вакцинації, затребуваної окремими особами, але які приносять позитивний ефект (у вигляді зниження загрози масового захворювання) для всіх членів соціальної групи: трудового колективу, сім'ї тощо.

## 1.2. Особливості та інструменти економічного управління діяльністю закладів сфери медичних послуг

Як і будь-якому іншому виду функціонального управління, економічному управлінню властива наявність певних особливостей.

Сфера медичних послуг має свої відмінні організаційно-економічні характеристики, які, на наш погляд, можна уявити в зіставленні зі сферою виробничих послуг за такими параметрами порівняння (табл. 1.1).

Конкретизація відмінних характеристик сфери медичних послуг дозволяє нам перейти до безпосереднього обґрунтування особливостей та інструментів економічного управління діяльністю медичних установ (рис. 1.3) [17].

Першою з особливостей виступає державна стандартизація медичних послуг, що проводиться за допомогою розробки медико-економічних стандартів і контролю відповідності медичних послуг вимогам які містяться в них.

Державна стандартизація медичних послуг має на меті однаковий опис існуючої медичної практики, а в її основу покладені класифікатори медичних послуг, при розробці яких враховуються і функціональні (клінічні, медичні), і економічні аспекти діяльності установ, що спеціалізуються на їх наданні.

У широкому сенсі державна стандартизація медичних послуг покликана забезпечити комплексний розвиток сфери медичних послуг за рахунок єдиних підходів до планування, нормування, ліцензування та сертифікації, об'єктивний контроль якості медичних послуг, ефективне використання ресурсного потенціалу, оптимізацію лікувально-діагностичного процесу,

інтеграцію системи вітчизняної охорони здоров'я в світову медичну практику [18].

Другою особливістю економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг ми визначаємо державне регулювання цін на послуги, а інструментом управління - тарифікацію цін на медичні послуги за клініко-витратним групам.

Таблиця 1.1

## Порівняльні характеристики сфер медичних і виробничих послуг

Параметри порівняння	Характеристики послуг	
	медичних	виробничих
Напрями діяльності	Надання нематеріальних благ	Виробництво матеріальних благ
Можливість створення складських запасів	У зв'язку з тим, що лікувально-виробничий процес одночасно є процесом споживання, можливі незначні запаси матеріалів і перев'язувальних засобів	Як правило, створюються складські запаси матеріалів і готової продукції
Можливість оцінки якості продукції/послуги	Якість насилу піддається виміру в момент безпосереднього споживання послуги	Існує можливість безпосереднього вимірювання якості
Орієнтованість технологічного процесу	Надання послуг орієнтується на запити споживача (пацієнта) і медичні показання	Випуск продукції здійснюється за стандартними технологіями
Віддаленість виробничого процесу від кінцевого споживача	Пацієнт (споживач) бере участь в лікувально-виробничому процесі	Виробничий процес, як правило, віддалений від споживача
Залежність попиту на послугу від місцезнаходження суб'єкта її надання	Місцезнаходження суб'єкта виконання послуги є визначальним для її затребуваності	Місцезнаходження виробництва може не надавати значного впливу на затребуваність послуги
Пріоритети у використанні капіталу та праці	Домінує інтенсивне використання праці	Домінує інтенсивне використання капіталу
Діяльність виробничого циклу	Лікувально-виробничий процес досить обмежений в часі	Виробничий цикл може бути досить тривалим

Слід визнати, що дана особливість в силу вище обґрунтованої приналежності медичних послуг до категорії соціально-суспільних благ, вимагає особливої уваги до розробки коректної політики ціноутворення, так

як безпосередньо зачіпає економічні інтереси кожного споживача медичних послуг.



Рис. 1.3. Основні особливості та інструменти економічного управління діяльністю медичних закладів

Ми вважаємо, що якщо виходити з визначення ціни як ринкового параметра, що характеризує економічні відносини сторін угоди купівлі-продажу послуги, то значною мірою сформовані ціни на медичні послуги «ринковим параметром» не є.

Інструментом економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг в області ціноутворення на послуги, на наш погляд, правомірно визначити тарифікацію цін на послуги по клініко-витратним групам [21].

Якщо медико-економічні стандарти являють собою інструмент уніфікації вартості медичних послуг по клініко-статистичним групам (а тому не орієнтовані на фактичну ресурсомісткість виробництва і реалізацію медичних послуг, є якісь «ідеальні» конструкції), то тарифікація цін на послуги на основі клініко-витратних груп дозволяє враховувати реальні фактичні витрати па виробництво і реалізацію медичних послуг.

З цього випливає, що економічно обґрунтованою цінова політика установи сфери медичних послуг буде тільки в тому випадку, якщо її розробка

буде враховувати соціально-економічну природу витрат установи, відповідно до їх гранично допустимих значень за критерієм ефективності цільового використання ресурсів.

Головною особливістю планування діяльності установи сфери медичних послуг в умовах ресурсних обмежень виступає наявність економічно виправданої межі співвідношення витрат і доходів (які формуються за рахунок вартості медичних послуг, очікуваного відшкодування з вище зазначених джерел, в тому числі за рахунок коштів безпосередніх споживачів послуг), що не дозволяє нарощувати об'ємні показники діяльності [16].

З одного боку, це обумовлено станом здоров'я населення та його динамікою, які в принципі не піддаються плануванню в частині звернення за отриманням медичних послуг (за винятком послуг профілактичного характеру, диспансеризації і подібних до них).

З іншого боку, це пов'язано з тим, що для установ сфери медичних послуг в силу цільової спрямованості їх діяльності на охорону, підтримку і відновлення здоров'я населення, не може, за визначенням, існувати поняття «валу» обсягів діяльності, широкого використовуваного стосовно діяльності торгової, виробничої або іншої комерційної організації.

В іншому випадку установа сфери медичних послуг перетвориться зі спеціалізованого соціального суб'єкта в типовий суб'єкт підприємницької діяльності, який переслідує мету максимізації одержуваного прибутку.

Визнання факту складності планування діяльності установи сфери медичних послуг свідчить про необхідність розширення практики використання в якості інструменту економічного управління управлінського обліку доходів і витрат, призначеного для формування об'єктивної інформаційної основи прийнятих управлінських рішень організації моніторингу залежності результатів діяльності від витрат і обсягу наданих послуг за критерієм «витрати - обсяг - прибуток» [21].

Ще однією особливістю економічного управління є низька мотивація працівників до підвищення продуктивності праці. Інструментом економічного управління в цій предметній області ми визначаємо диференціацію оплати праці працівників.



Відомо, що існуюча в даний час практика відшкодування витрат конкретних виконавців медичних послуг (лікарів, медичних сестер та інших категорій медичних працівників) не мотивує їх на поліпшення результатів надання даних послуг. Це є наслідком ігнорування економічної природи медичних послуг, характерного фактично існуючих джерел фінансування охорони здоров'я.

Інструментом економічного управління, що дозволяє підвищити мотивацію працівників до підвищення продуктивності праці, ми визначаємо диференціацію оплати праці, підставою якої є внесок окремих структурних підрозділів установи сфери медичних послуг у формування загального доходу.

### 1.3. Критерії, принципи та методи оцінки результатів економічного управління діяльністю закладів сфери медичних послуг

Останнім часом, у зв'язку з комерціалізацією сфери медичних послуг, в практиці управління її установами стали використовуватися ті економічні інструменти, які раніше були неприйнятними для умов «безкоштовного» медичного обслуговування населення.

Переклад багатьох послуг на платну основу, розширення їх номенклатури, поява дорогих, високотехнологічних видів медичних послуг, що не входять до програми обов'язкового медичного страхування, і багато інших обставин зумовлюють необхідність конкретизації критеріїв, принципів і методів оцінки результатів економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг.

Відповідно до встановленої практики, оцінку результатів управління прийнято проводити в категоріях ефективності, припускаючи, що вона висловлює результати управлінської діяльності [5].

Не відкидаючи цього загальновизнаного серед дослідників постулату, зауважимо, що функціональна специфіка діяльності установ сфери медичних послуг і природа даної категорії послуг зумовлюють розширений склад видів

ефективності, розуміння суті яких має принципове значення для оцінки результатів економічного управління.

У трактуванні Шипової В.М. медична (або клінічна) ефективність - «це ступінь (ефект) досягнення поставлених завдань в області профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, тобто основних видів медичної діяльності. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає медичну ефективність як один з аспектів якості медичного обслуговування поряд з адекватністю, економічністю і науково-технічним рівнем» [9].

З метою оцінки результатів економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг можуть використовуватися як критерії, принципи і методи, розроблені в рамках загальної управлінської науки (з певним ступенем допустимості та урахуванням специфіки функціональної діяльності установ сфери медичних послуг), так і критерії, принципи і методи, розроблені в рамках управління економікою охорони здоров'я.

Прийнято вважати, що «... основними методами економічних досліджень діяльності об'єктів охорони здоров'я є системно-структурні, моделювання та оптимізація, статистичного аналізу та комп'ютерної обробки даних, порівнянь і аналогій, оцінки економічної ефективності, соціологічних досліджень, прогнозування, спеціальні методи оцінки результативності, корисності, якості надання медичних послуг» [2].

У нашому дослідженні ми виходимо з того, що вибір методів для цілей економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг повинен враховувати її функціональну і економічну специфіку, чітко відповідати критеріям і принципам оцінки його результатів.

Наше бачення критеріїв, принципів і методів оцінки результатів економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг представлено в таблиці 1.2.

Перший з виділених нами критеріїв оцінки результатів економічного управління установами сфери медичних послуг - вартісний - відповідає ключовому оціночному принципу «витрати - вигода».

Відомо, що принцип «витрати - вигода» вперше почав реалізовуватися в управлінні охороною здоров'я таких країн, як Великобританія, Ізраїль, Швеція, Нідерланди, де медичні установи дотримуються правил «гроші йдуть за пацієнтом». У цих країнах медичні установи не фінансуються державою, в більшості випадків позбавлені гарантованого джерела доходів.

Таблиця 1.2.

Критерії, ключові принципи та методи оцінки результатів економічного управління діяльність медичних закладів

Критерії оцінки	Ключові принципи оцінки	Методи оцінки
Вартісний	Співвідношення «витрати-вигода»	Мінімізація витрат на лікування пацієнтів (економія ресурсів)
		Співставлення витрат на лікування з отриманим прибутком
Утилітарний	Співвідношення «витрати-користь»	Співставлення додаткового ефекту від лікування пацієнта з додатковими витратами
		Поєднання оцінки якості життя пацієнта (соціального ефекту) з економічною оцінкою ефекту від лікування
Якісний	Співвідношення «витрати-якість»	Оцінка якості виконання медичних послуг
		Оцінка якості відповідності медичних послуг прийнятим стандартам

Реалізація зазначеного принципу здійснюється за допомогою двох базових методів оцінки результатів економічного управління: методу мінімізації витрат на лікування пацієнтів (економії ресурсів) і методу зіставлення витрат на лікування з отриманим прибутком.

Загальним для методів оцінки є те, що облік витрат передбачає оцінку прямих і непрямих витрат, виражених в грошових одиницях. До складу прямих витрат зазвичай включають вартість обладнання та лікарських засобів, витрати на транспортування, харчування, оплату обслуговуючого персоналу, корекцію побічних ефектів. Облік непрямих витрат (втрат, пов'язаних з припиненням участі пацієнта в суспільному виробництві внаслідок захворювання, а також зі зниженням його особистих доходів) є більш

складним завданням, і, як правило, на мікрорівні управління системою охорони здоров'я (в конкретному закладі) не проводиться.

Метод мінімізації витрат на лікування пацієнтів (економії ресурсів) застосовується в тих випадках, коли порівнювані медичні втручання (надані медичні послуги) мають однакову клінічну ефективність. Більш економічно ефективним втручанням буде визнано те, яке вимагає використання менших за розміром ресурсів, дозволить заощадити витрати на госпіталізацію пацієнтів за допомогою зниження потреби в ній або організації стаціонарного лікування на дому [1].

Метод зіставлення витрат на лікування з отриманим прибутком також заснований на методології операційного обліку і передбачає порівняння вартісної оцінки проведених витрат на лікування пацієнтів (надання медичних послуг) і отриманого прибутку.

Вигода (ефект) від реалізації медичних послуг визначається традиційним способом, як різниця між виручкою (ціною послуг) і витратами на надання послуг, які поділяються відповідно до правил операційного обліку на умовно-постійні та умовно-змінні (граничні і середні) витрати.

На нашу думку, використання розглянутих методів оцінки результатів економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг, як і реалізація принципу «витрати - вигода» виправдані в тому разі, коли і ціна медичних послуг, і витрати на їх надання пацієнтам оцінюються у вартісному еквіваленті, що дозволяє виявити економію або перевитрату використання ресурсів, а також зіставити витрати з отриманим прибутком.

Але тут слід враховувати те, що подібна оцінка характеризується однобічністю: відображає тільки економічні інтереси медичного закладу, але не споживачів його послуг. Вимірювання багатьох результатів медичної допомоги (наприклад, збереження життя, лікування тимчасової непрацездатності, поліпшення самопочуття пацієнта тощо) в вартісному еквіваленті важке, що виступає обмежуючим фактором для більш широкого

використання принципу співвідношення «витрати - вигода» в економічній практиці медичних установ.

На відміну від оцінки витрат, які завжди наводяться до грошового еквіваленту, ефективність медичних втручань (послуг «клінічного» характеру) може бути виражена як в грошовому еквіваленті, так і у вигляді інших, не вартісних результатів: тривалості життя, утилітарних показників тощо [6].

У цьому, на наш погляд, проявляється об'єктивне діалектичне протиріччя між медичним (клінічним) і економічними ефектами управління діяльністю установи сфери медичних послуг.

Дозволити вказане протиріччя в певній мірі можливо, якщо проводити оцінку результатів економічного управління діяльністю установи сфери медичних послуг по утилітарному критерію, відповідно до принципу співвідношення «витрати - користь».

Цього принципу відповідають метод зіставлення додаткового ефекту від лікування пацієнтів з додатковими витратами і метод поєднання оцінки якості життя пацієнта (соціального ефекту) з економічною оцінкою ефекту від лікування.

У реальній практиці діяльності установ сфери медичних послуг часто виникає ситуація, що вимагає проведення порівняльної оцінки ефекту від застосування різних медичних технологій. Йдеться про швидку появу нових високотехнологічних медичних послуг, з більш вираженим лікувальним ефектом за рахунок додаткових витрат [14].

В цьому випадку для оцінки більш доцільний метод зіставлення додаткового ефекту від лікування пацієнтів з додатковими витратами, необхідними для отримання додаткових переваг в стані здоров'я пацієнтів.

«При цьому більш економічно ефективним вважається те втручання, яке: вимагає менше грошових коштів, але є таким же ефективним; є більш ефективним, але більш дорогим, і його додаткові переваги виправдовують додаткові витрати; є менш ефективним, але менш дорогим, при цьому

додаткові переваги конкуруючого втручання не виправдовують додаткових витрат » [21].

Вимірювання додаткового ефекту від лікування пацієнтів проводиться за допомогою порівняльного аналізу співвідношення «витрати - користь», що вказує, яку додаткову грошову суму необхідно витратити для отримання додаткової переваги, вираженого в «природних одиницях» - однієї врятованого життя, усунення одного загострення хвороби, зменшення вираженості певного симптому.

Підкреслимо, що останнім часом метод співставлення додаткового ефекту від лікування пацієнтів з додатковими витратами знаходить все більше практичне застосування.

Більш складним в теоретичному пізнанні і практичному використанні методом оцінки результатів економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг є метод поєднання оцінки якості життя пацієнта (соціального ефекту) з економічною оцінкою ефекту від лікування. Цей метод також відповідає принципу співвідношення «витрати - користь» але утилітарному критерію оцінки результатів управління [21].

У вітчизняній практиці управління закладами охорони здоров'я, в порівнянні із зарубіжною, даний метод менш поширений.

Особливістю методу поєднання оцінки якості життя пацієнта (соціального ефекту) з економічною оцінкою ефекту від лікування є те, що він характеризує ефективність лікування в категоріях якості і тривалості життя пацієнта, трансформуючи якісні параметри «результативності» і «корисності» в кількісні критерії оцінки ефективності.

## Висновки до розділу 1

Сучасний період функціонування господарюючих суб'єктів в національній економіці характеризується суттєвим ускладненням ринкових умов, обумовленим проявом кризових явищ, які взяли затяжний характер. Ця

обставина виступає об'єктивною передумовою для розвитку теоретичних основ економічного управління, покликаною забезпечувати стійке функціонування господарюючих суб'єктів в умовах ускладненого турбулентного ринкового середовища.

Для підприємств сфери медичних послуг рішення даної задачі є особливо актуальним з урахуванням реформування її інституційних основ, економічного механізму та наявності особливих передумов до розвитку, сформованою дуальною соціально-економічною природою відносин, що виникають в процесі виробництва і надання медичних послуг населенню.

Як і будь-якому іншому виду управління, економічному управлінню властива наявність певної структури, описуваної взаємозв'язком складових її елементів і їх взаємопогодженістю в цілісну систему. В представленій структурі економічного управління акцент зроблений на існування зворотного зв'язку між метою та завданнями; завданнями та інструментами; інструментами і предметом.

З урахуванням даних положень запропонована схема моделі економічного управління діяльністю установи сфери медичних послуг і дано її теоретичне обґрунтування.

У роботі доведено, що медичні послуги характеризуються комплексом особливостей, що визначають специфіку економічного управління діяльністю установ, що спеціалізуються на їх виробництві та реалізації. Такими особливостями, є: об'єктивна розбіжність оцінок споживчих властивостей медичної послуги в уявленнях її виробників і споживачів; висока залежність попиту на медичні послуги від ступеня агресивності їх пропозиції; неможливість повного перекладу медичних послуг на платну основу через їхню приналежність до соціально-суспільних благ; непередбачуваність потреби в медичних послугах; обмеження вільної конкуренції на ринку медичних послуг; невиправдано високе споживання «безкоштовних» медичних послуг; прояв зовнішніх позитивних екстерналій від споживання медичних послуг.

## РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ УМОВ, ФАКТОРІВ ТА РЕЗУЛЬТАТІВ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ КП «ПИРЯТИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»

### 2.1. Оцінка господарської діяльності підприємства

Комунальне підприємство Пирятинська центральна районна лікарня Пирятинської районної ради - це заклад охорони здоров'я, некомерційна комунальна установа, яка надає населенню вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу у формі та на встановлених законодавством України умовах.

Заклад був створений рішенням 35-ї сесії 21 грудня 2018 року на засіданні Пирятинської районної ради шляхом перетворення Пирятинської центральної районної лікарні в некомерційну комунальну організацію Пирятинську центральну районну лікарню Пирятинської районної ради. Право власності на майно підприємства є у спільній власності територіальних громад Пирятинського району в особі Пирятинської районної ради.

Лікарня є некомерційною установою, основною метою якої є надання безкоштовних та платних послуг вторинної / спеціалізованої лікарняної допомоги пацієнтам, включаючи екстрену (невідкладну), відповідно до законодавства України, необхідну для забезпечення профілактики, діагностики і правильного лікування хвороби, травми, отруєння чи інші розладів здоров'я, медичний супровід вагітності та проведення пологів та після пологового періоду.

Основною метою лікарні є надання медичної допомоги населенню, надання медичних послуг у порядку та обсягах, передбачених законодавством.

Відповідно до мети діяльності лікарні предметом її діяльності виступають:

- забезпечення умови для надання доступної та якісної медичної допомоги населенню, забезпечення належного управління внутрішніми



лікувально-діагностичними процесами та ефективного використання майна та інших ресурсів лікарні;

- надання спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги (спеціалізованої медичної практики) відповідно до законодавчих норм безкоштовно та на платній основі;

- забезпечення можливості, за необхідності, надання пацієнтам медичної допомоги з вищим ступенем спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я, направляючи пацієнтів до цих закладів у порядку, передбаченому законодавством;

- діагностика тимчасової непрацездатності та контроль за випискою листків непрацездатності;

- направлення на медичну та соціальну експертизу людей з інвалідністю та довгостроковою втратою працездатності;

- організація та провадження інші види діяльності, не заборонених законом, які необхідні для належного забезпечення та поліпшення якості лікувально-діагностичного процесу, управління ресурсами, розвитку та вдосконалення кадрових ресурсів лікарні.

Поточне керівництво лікарнею здійснює керівник підприємства – директор підприємства, який призначається на посаду і звільняється з неї за рішенням районної ради відповідно до порядку, визначеного законодавством України та відповідним рішенням ради, та який відповідає кваліфікаційним вимогам, встановленим Міністерством охорони здоров'я України. На даний час керівником підприємства є Гаркавенко Олександр Михайлович, лікар вищої кваліфікаційної категорії. Він очолює лікарню з 1999 року.

До складу лікарні входять три функціональні підрозділи: поліклініка, стаціонар (до складу якого входять 11 спеціалізованих відділень) та до допоміжно-діагностичний підрозділ. Також в лікарні функціонує кабінет «Довіри», куди можуть звертатися пацієнти зі всього району для отримання моральної підтримки та професійної консультації висококваліфікованого спеціаліста.

## 2.2. Оцінка результатів економічного управління діяльністю підприємства

Оцінка фінансової діяльності лікарні варто розпочати з дослідження складу та структури активів лікарні відповідно до балансу.

Характеристика фондів (майна) КНП «Пирятинська центральна районна лікарня» представлена в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

### Структура основних фондів (майна) Пирятинської центральної районної лікарні

Показники	Роки			Відхилення (+, -)		
	2017	2018	2019	2018-2019	2017-2018	2017-2019
Усього майна, тис. грн. в т. ч.	18814,9	17366,7	24413	7046,3	-1448,2	5598,1
Необоротні активи	9951	9126,9	11013	1886,1	824,1	1062
у відсотках майна, %	52,88	52,55	45,11	-7,44	-0,33	-7,77
Оборотні активи	8862,3	8238,9	13398	5159,1	-623,4	4535,7
у відсотках майна, % з них	47,12	47,45	54,89	7,44	0,33	7,77
Матеріальні оборотні засоби (запаси)	4025,6	3293,6	3399	105,4	-732	-626,6
у відсотках оборотних коштів, %	45,42	39,98	25,37	-14,61	-5,44	-20,05
Дебіторська заборгованість за поточні фінансові інвестиції	4238,1	4870,2	9732	4861,8	632,1	5493,9
у відсотках оборотних коштів, %	47,82	59,11	72,64	13,53	11,29	24,82
Грошові кошти	598,6	75,1	211	135,9	-523,5	-387,6
у відсотках оборотних коштів, %	6,76	0,91	1,99	1,08	-5,85	-4,77

Аналізуючи дані представлені в таблиці 2.1. можна стверджувати загальна вартість майна підприємства з кожним роком зростає швидкими темпами. Так у 2017 році підприємство мало на балансі 18814,9 тис. грн. вартості майна, у 2018 році спостерігалось незначне зниження вартості майна на 1448, 2 тис.. грн., проте уже в 2019 р. даний показник стрімко зріс і склав 24413 тис. грн, що на 7046,3 тис. грн більше ніж у 2018 році.

Наступним етапом дослідження економічної діяльності підприємства є розгляд структури основних засобів. Структура основних засобів підприємства представлена нами на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Структура основних засобів Пирятинської центральної районної лікарні у динаміці за 2017-2019 рр., тис. грн.

Найбільша частка основних засобів підприємства виражена в будівлях, спорудах і передавальних пристроях, які знаходяться на балансі підприємства. Їх загальна вартість складала у 2017 р. – 6298 тис. грн., у 2018 р. – 6481,5 тис. грн., у 2019 р. 7510 тис. грн. Друге місце у структурі основних засобів підприємства займають машини і обладнання медичного призначення та устаткування яке використовується для технічного супроводу надання медичної допомоги населенню району. Їхня вартість складала у 2017 р. – 4314 тис. грн., у 2018 р. – 4384 тис. грн., у 2019 р. - 4423 тис. грн.

В таблиці 2.2. та на рисунку 2.2. представлено структуру кадрового складу Пирятинської районної лікарні у динаміці за 2017-2018 рр.

Як видно з таблиці 2.2. та рис. 2.2. кількість лікарів за останні три роки скоротилася на 9 осіб. А кількість середнього медичного персоналу на 11 осіб.

Таблиця 2.2.

## Аналіз кадрового потенціалу підприємства за 2017-2019 рр.

Медичні кадри	2017	2018	2019	Відхилення	
				2018-2017	2019-2018
1. Лікарі	40	42	33	2	-9
у тому числі жінок	25	25	25	0	0
Із загальної кількості лікарів які мають кваліфікаційну категорію				0	0
вищу	12	13	11	1	-2
I	10	10	6	0	-4
II	11	9	7	-2	-2
2. Середній медичний персонал	118	111	107	-7	-4
Із загальної кількості середніх медичних працівників які мають кваліфікаційну категорію				0	0
вищу	59	60	54	1	-6
I	16	17	17	1	0
II	14	9	5	-5	-4
із загальної кількості середніх медичних працівників - жінок	111	108	100	-3	-8

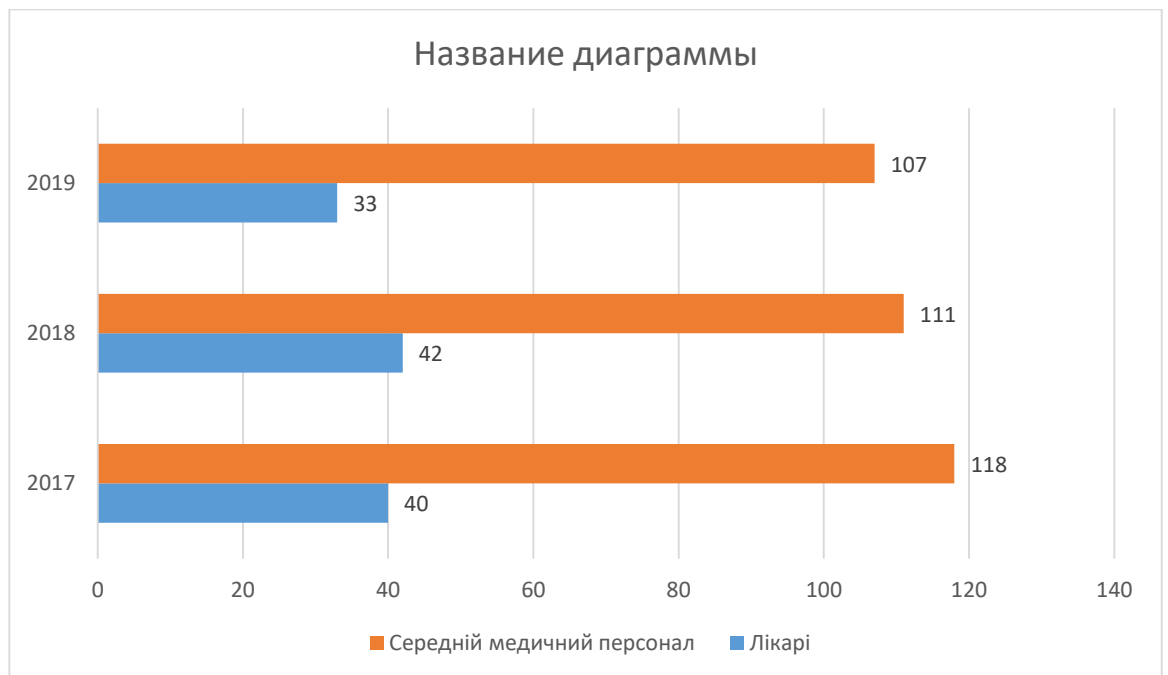


Рис. 2.2. Структура кадрового складу підприємства

Однією з причин звільнення медичних кадрів є низький рівень оплати праці персоналу.

## Висновки до розділу 2

Комунальне підприємство Пирятинська центральна районна лікарня Пирятинської районної ради - це заклад охорони здоров'я, некомерційна комунальна установа, яка надає населенню вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу у формі та на встановлених законодавством України умовах.

Лікарня є некомерційною установою, основною метою якої є надання безкоштовних та платних послуг вторинної / спеціалізованої лікарняної допомоги пацієнтам, включаючи екстрену (невідкладну), відповідно до законодавства України, необхідну для забезпечення профілактики, діагностики і правильного лікування хвороби, травми, отруєння чи інші розладів здоров'я, медичний супровід вагітності та проведення пологів та після пологового періоду.

До складу лікарні входять три функціональні підрозділи: поліклініка, стаціонар (до складу якого входять 11 спеціалізованих відділень) та до допоміжно-діагностичний підрозділ. Також в лікарні функціонує кабінет «Довіри», куди можуть звертатися пацієнти зі всього району для отримання моральної підтримки та професійної консультації висококваліфікованого спеціаліста.

## РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ КП «ПИРЯТИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»

### 3.1. Алгоритм розробки та впровадження диференційованої системи оплати праці працівникам підприємства

Сформована практика управління сферою медичних послуг показує, що за весь період його реформування найбільш гострі проблеми проявилися в сфері управління працею.

Виникнення цих проблем обумовлено комплексом причин: економічних, пов'язаних з дефіцитом ресурсів на оплату праці працівників і зниженням стимулюючої ролі заробітної плати; соціально-психологічних, викликаних зміною мотивів до праці; організаційних, обумовлених недосконалістю організації трудових відносин, використовуваних систем обліку результатів праці тощо.

Не претендуючи на «закритий» характер переліку проблем управління працею в сфері медичних послуг, основні з них, на нашу думку, можуть бути зведені до наступних проблем (рис. 3.1.).

Першою з проблем, яка відбивається змістом рисунка, ми виділяємо домінуюче зростання підприємницьких мотивів праці в порівнянні з ментальними мотивами професійної діяльності працівників.

Поява цієї проблеми пов'язана з чисто економічними причинами, зокрема, рівнем оплати праці працівників зберігається низьким, незважаючи на вжиті державою зусилля щодо збільшення фінансування діяльності установ сфери медичних послуг в рамках реалізації пріоритетного національного проекту.

Відомо, що в економічно розвинених країнах професія медичного працівника є однією з найбільш високооплачуваних. За деякими даними, в США рівень заробітної плати лікаря більш, ніж в сім разів перевищує середньодушовий оплату праці по країні, тоді як в Україні заробітна плата

медичних працівників складає приблизно близько 60-70% від середнього рівня оплати праці в країні.

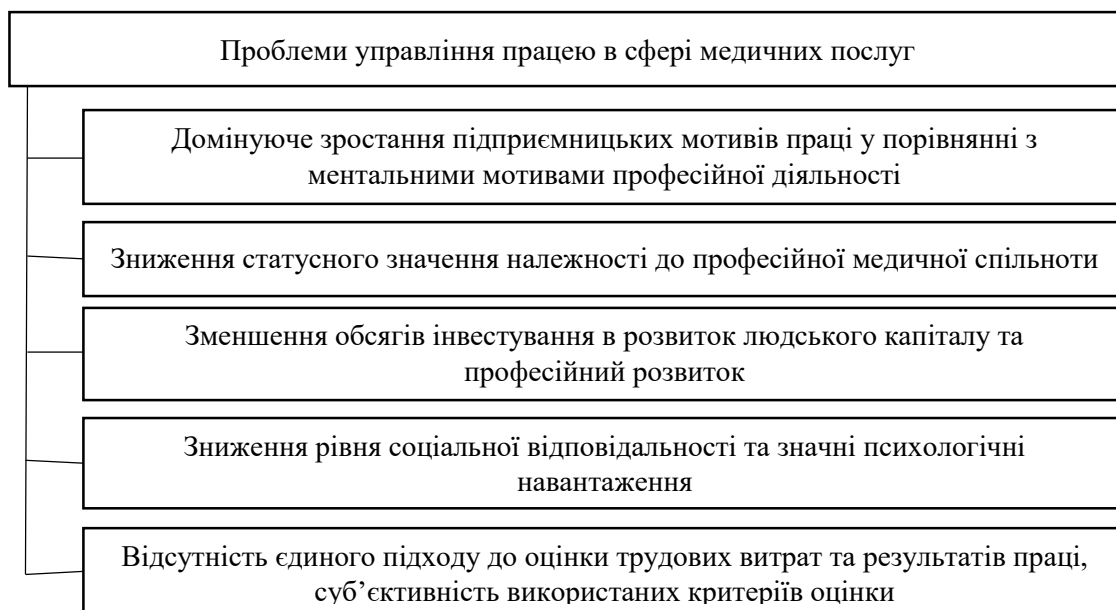


Рис. 3.1. Основні проблеми управління працею в сфері медичних послуг

До теперішнього часу в Україні практикується «залишковий» принцип фінансування витрат на оплату праці працівників сфери медичних послуг, особливо, на регіональному та муніципальному рівні управління. Ці витрати визначаються в останню чергу, після витрат на розвиток матеріально-технічної бази, модернізацію лікувально-діагностичного обладнання і на впровадження інноваційних медичних технологій тощо.

Як наслідок, заробітня плата залишається основним, а часто, єдиним джерелом трудових доходів працівників, а за своїм розміром дозволяє забезпечувати лише мінімальне задоволення їх життєвих потреб. Тому у багатьох працівників, особливо дефіцитних медичних професій, швидко розвиваються підприємницькі мотиви праці.

За результатами окремих досліджень, більше 70% лікарів мають яскраво виражену мотивацію до медичного підприємництва, а ментальні мотиви професійної діяльності складають лише близько 30%. Дослідження проводилися серед лікарів різних спеціальностей: дерматокосметологів, ортопедів, кардіологів стаціонарних і поліклінічних відділень тощо.

Ці результати, на наш погляд, є переконливим доказом причин широкого поширення приватної медичної практики та формування сектора медичного бізнесу.

Друга з виділених нами проблем управління працею в сфері медичних послуг сформульована як зниження статусної значущості приналежності до професійного співтовариства. Її поява пов'язана з тим, що сучасному суспільству активно просуваються засобами масової інформації пріоритети інтересів пацієнтів, часто на шкоду професійним інтересам працівників сфери медичних послуг.

Існуючі факти лікарських помилок, порушень професійної етики медичних працівників, корупційних проявів, в тому числі в сфері професійної медичної освіти, недбалого ставлення до роботи тощо, отримують в більшості випадків зайвий розголос в суспільстві і знижують престиж професій медичних працівників.

Крім того, зниження статусної значущості приналежності до професійного співтовариства обумовлено також і специфікою трудових відносин в комерційних структурах сфери медичних послуг, де, як правило, домінують особисті, а не колективні професійні інтереси.

Значущою за впливом проблемою управління працею в сфері медичних послуг ми також визначаємо скорочення обсягів інвестування в зростання людського капіталу та професійного розвитку працівників.

Практика свідчить, що інвестування в розвиток людського капіталу працівників здійснюється тільки в тих установах сфери медичних послуг, в бюджетах яких закладені витрати на ці цілі, або в комерційних структурах, як правило, більш фінансово стійких, що мають економічні можливості для спрямування своїх працівників на стажування до провідних вітчизняних і закордонних клінік для підвищення професійної кваліфікації працівників.

У переважній же більшості установ сфери медичних послуг, діяльність яких має ліміти фінансування, інвестування у зростання людського капіталу та професійний розвиток працівників є, скоріше, винятком, ніж правилом і



зводиться до проведення короткострокових семінарів, науково-практичних конференцій із залученням провідних фахівців конкретних медичних професій.

Відомо, що праця медичного працівника пов'язана з особливо високим ступенем соціальної відповідальності, великим психоемоційним навантаженням і значним обсягом інформації. Але останнім часом в цій сфері проявився певний дисбаланс, що виражається в зниженні соціальної відповідальності при зростанні психоемоційного навантаження працівників, що виділяється нами в якості ще однієї проблеми управління працею в сфері медичних послуг.

Прийнято вважати, що стимулювання виплати високих грошових винагород виступає дієвим засобом підвищення відповідальності працівників до виконання своїх функціональних обов'язків. Однак це положення є вірним більше для теорії, ніж для практики.

В силу психологічних особливостей кожного працівника (причому не тільки зайнятого в сфері медичних послуг, але і в інших галузях економіки), у нього досить швидко проявляється відома закономірність «звикання» до одержуваної грошової винагороди і помилкове переконання у власному вищому внеску в загальний результат діяльності в порівнянні з іншими працівниками.

Як наслідок, це призводить до виникнення міжособистісних конфліктів в трудовому колективі і явно не сприяє зростанню соціальної відповідальності ініціатора конфліктної ситуації, навпаки, викликає зростання психоемоційних навантажень і його самого, і всього колективу.

В кінцевому рахунку, це позначається на ставленні до пацієнтів, незважаючи на те, що медичні працівники в силу обраної професії повинні активно взаємодіяти не тільки з споживачами медичних послуг, а й оточуючим їх соціумом, відповідати певним, специфічним тільки для сфери медичних послуг вимогам до морально етичних та професійних якостей медичних працівників.

Особливий вплив на управління працею в сфері медичних послуг надає остання з виділених нами проблем, а саме, відсутність єдиного підходу до оцінки трудових витрат і результатів праці, суб'єктивність використовуваних критеріїв оцінки, сполучена з поняттям «соціальної справедливості» оплати праці.

Саме ця проблема послужила в нашому дослідженні ключовою для конструювання алгоритму розробки та впровадження диференційованої системи оплати праці працівників установи сфери медичних послуг, випереджаючи виклад якого ми вважаємо за необхідне зупинитися на характеристиці зазначеної проблеми.

Одним з базових положенні управління виступає положення про адекватні, відповідно трудовитратам, розміри винагороди за працю. Але якщо в технічних галузях, виробничому секторі економіки вимір результатів праці є важким, але вирішуваним завданням (за допомогою нормування праці, планового обсягу випуску продукції та ін.), то в соціальному секторі, сфері медичних послуг стандартизація трудовитрат знаходиться в початковій стадії розробки.

Існуючі критерії ефективності, продуктивності та результативності праці лікарів настільки «розмиті» і нееластичні, що оцінити їх можна переважно тільки з позицій суб'єктивізму, тим більше, що в даний час відсутні ефективні критерії оцінки трудових затрат.

Вимірювання кінцевого результату роботи лікаря кількістю пролікованих пацієнтів або часом, витраченим на їх медичне обслуговування, є непоказовим через сувору індивідуальності захворювань, необхідності лікування супутніх їм ускладнень і багатьох інших відмінних характеристик персоніфікованого підходу до споживачів медичних послуг.

До того ж універсальної методики розрахунку оплати праці медичних працівників не існує і, на нашу думку, не може існувати через різноманіття форм медичної діяльності, як і не може бути і єдиних критеріїв оцінки трудовитрат працівників. Наприклад, вимірювачі праці хірурга і головного

лікаря, апріорі, не можуть бути ідентичними через функціональні відмінності змісту, форм організації праці, тривалості робочого часу тощо.

Ми вважаємо, то суб'єктивність використовуваних в даний час критеріїв оцінки трудових витрат і результатів праці виступає стримуючим фактором для зростання його продуктивності і якості. Якщо не довести до свідомості трудового колективу чіткі критерії бажаних кінцевих результатів праці, то винагорода може бути сприйнята як належне матеріальне стимулювання і, більш того, в розумінні працівників перетворитися на якесь «правило», винагорода обов'язкова для них в силу приналежності до професійного медичному співтовариству .

На нашу думку, критерії оцінки трудових витрат і результатів праці повинні розроблятися і впроваджуватися з дотриманням принципу гласності, реалізація якого дозволить підвищити стимулюючу роль заробітної плати, створити працівникам мотивуючі умови для підвищення якості медичної допомоги, зацікавленості в раціональному використанні ресурсів і зростанні професійної майстерності.

Вирішення цих глобальних за значимістю завдань дозволить, в певній мірі, змінити психологію працівників, зокрема, сформувати у них стійке переконання в залежності результативності діяльності установи сфери медичних послуг від підсумків праці кожного працівника, використовуваної системи стимулювання, і домінуючих мотивів до ефективної та якісної праці .

Слід визнати, що в даний час вживаються альтернативні спроби побудови системи стимулювання на основі компонентів економічної моделі, суть якої зводиться до встановлення залежності системи стимулювання від контрольних індикаторів ефективної роботи установи, де за кожен показник відповідає конкретна категорія персоналу.

Пропорційність величини оплати праці його ефективності (продуктивності), що відповідає ключовій ідеї економічної моделі організації, зводить стимулювання праці лише до виплати відповідних грошових

винагород, що розглядаються як дієвий засіб підвищення відповідальності працівників.

У той же час результати численних досліджень показують обмеженість такого підходу, так як в ньому не враховується вплив мотиваційних чинників результативності праці, а «зведення» всіх працівників в категорії персоналу нівелює значення індивідуальних результатів праці, не стимулює працівників, навіть в межах цих категорій, до зростання її якості та ефективності, оскільки ці умови не є визначальними для підвищення розміру заробітної плати.

На наш погляд, вирішення накопичених проблем в області оплати праці працівників установ сфери медичних послуг можливе за допомогою розширення практики впровадження економічного управління діяльністю установ, зокрема, за допомогою такого його інструменту, як диференціація оплати праці працівників.

Для доказу прикладної значущості даного інструменту економічного управління нами побудований алгоритм розробки і впровадження диференційованої системи оплати праці працівників медичних установ (рис. 3.2.).

Зміст алгоритму ми викладемо одночасно рекомендаціями його апробації КНП Пирятинська центральна районна лікарня.

Основу розробки алгоритму склали положення про те, що управлінське рішення проблеми вдосконалення оплати праці працівників установи сфери медичних послуг повинно мати суворе економічне обґрунтування; базуватися на результатах детального аналізу доходів і витрат, які формуються в процесі трудової діяльності працівників; забезпечувати можливість реалізації персоніфікованого підходу до оплати праці в залежності від реального внеску, внесеного кожним працівником в формування загального результату діяльності установи.

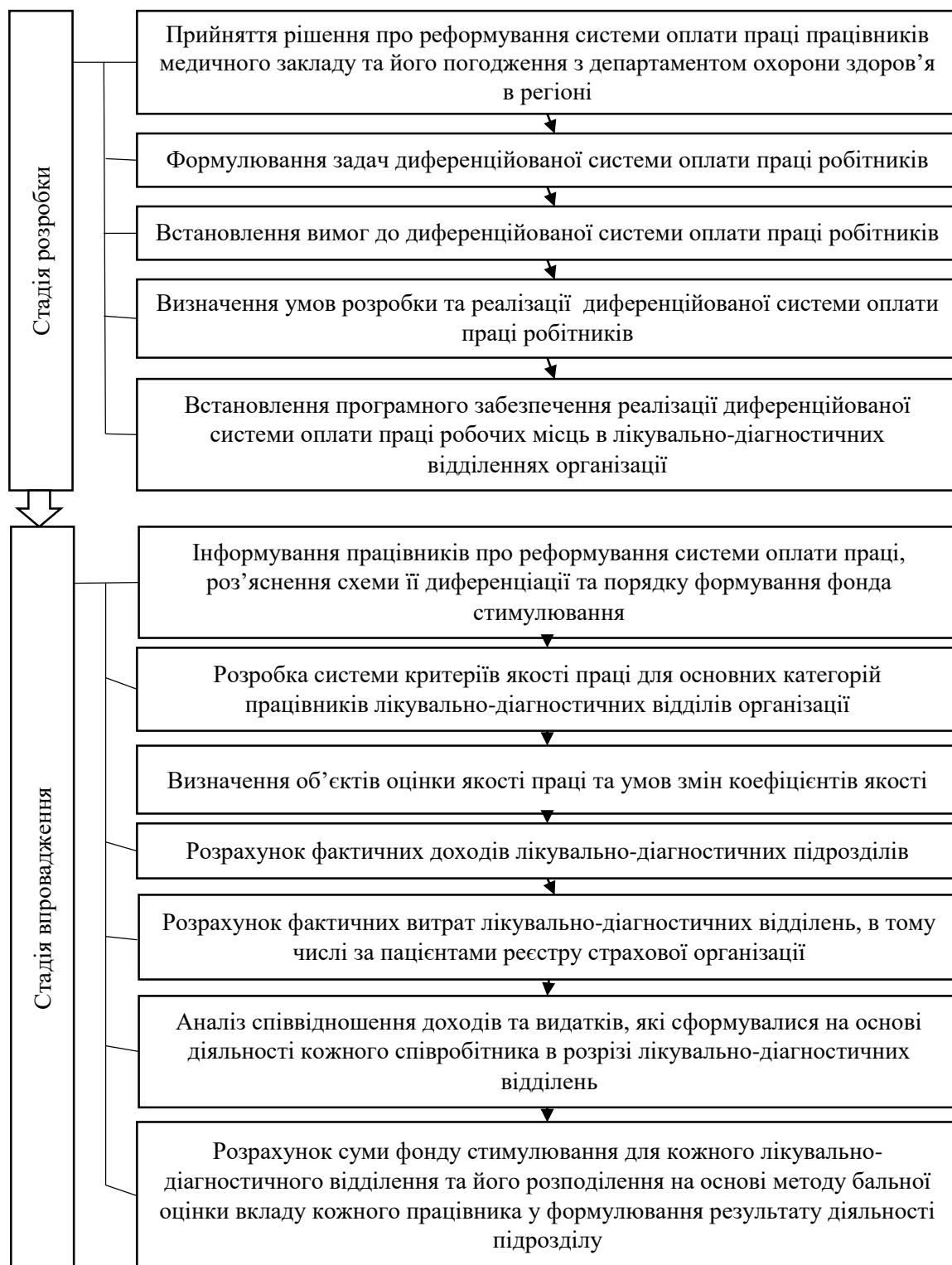


Рис. 3.2. Алгоритм розробки та впровадження диференційованої системи оплати праці працівників медичного закладу

У такій постановці інструментальних можливостей економічного управління актуалізується значення індивідуальних чинників трудової мотивації працівників установ сфери медичних послуг, «прихованих» в

існуючій системі оплати праці, де заробітна плата обмежена розмірами посадових окладів згідно зі штатним розкладом і не залежить від результатів праці кожного працівника.

Перша стадія пропонованого алгоритму - стадія розробки представлена п'ятьма процедурами.

Ідеологічною основою алгоритму виступила ініціатива адміністрації КНП Пирятинська центральна районна лікарня з реформування оплати праці, реалізація якої здійснювалася з нашою безпосередньою участю.

Ідея розробки диференційованої системи оплати праці працівників була підтримана Департаментом охорони здоров'я. Основними завданнями розробки диференційованої системи оплати праці працівників є:

- підвищення якості медичної допомоги;
- раціональне використання ресурсів установи;
- залучення медичного персоналу в процес не тільки клінічного, але й економічного управління, починаючи з етапів планування і контролю;
- розробка клініко-економічних критеріїв оцінки трудових витрат конкретного медичного працівника;
- розробка комплексу внутрішньо- та міжорганізаційних взаєморозрахунків;
- вдосконалення договірних відносин в області поставки продуктів харчування, витратних матеріалів, медикаментів, медичного обладнання тощо;
- створення гнучкої структури системи клінічного управління;
- створення на рівні муніципального утворення єдиного інформаційного простору, організація каналів отримання зворотного зв'язку з приводу оцінок рівня і якості лікувально-діагностичного процесу;
- організація безперервного процесу навчання персоналу установи;
- активна пропаганда позитивних результатів впровадження диференційованої системи оплати праці працівників;

- моніторинг процесу впровадження системи та оперативне внесення коректив в неї в разі виявлення відхилень від запланованих результатів.

Впровадження будь-якої інновації в практику економічного управління діяльністю установи сфери медичних послуг може викликати певні організаційні опори, пов'язані з психологічною неготовністю працівників до введення нововведень. У цьому контексті впровадження диференційованої системи оплати праці вимагає особливого вміння, оскільки ця управлінська інновація зачіпає економічні інтереси кожного працівника.

Усвідомлюючи дану обставину, наступною процедурою стадії розробки диференційованої системи оплати праці визначено встановлення вимог, яким повинна відповідати дана система, зокрема:

- мати персоніфікований характер і ґрунтуватися на об'єктивних критеріях трудового внеску працівника в кінцеві результати діяльності установи;

- надавати можливість одночасного обліку кількісних і якісних складових трудовитрат працівника, з обмеженням кількості заповнюваних облікових форм;

- не суперечити використовуваним в установі способам оплати медичних послуг і забезпечувати повне дотримання прав пацієнтів;

- бути доступною розумінню працівників і прозорою для контролю;

- стимулювати зростання продуктивності праці, підвищення якості медичних послуг;

- забезпечувати соціальну захищеність працівників;

- сприяти раціональному використанню ресурсів установи.

Встановлення вимог до диференційованої системи оплати праці працівників виступає основою для наступної процедури - визначення умов розробки і реалізації системи. Дані умови забезпечуються виконанням наступних організаційних заходів:

- підготовка медичного та технічного персоналу до переходу на диференційовану систему оплати праці;

- коригування організаційної структури клінічного управління установою за допомогою впровадження елементів економічного управління;
- розробка механізмів управлінського обліку на всіх етапах надання медичної допомоги та їх адаптація під профільну специфіку установи;
- формування інформаційного забезпечення функціонування диференційованої системи оплати праці працівників, включаючи організацію діяльності медичного інформаційно-аналітичного центру, розробку і адаптацію довідників-класифікаторів медичних послуг стосовно лікувально-діагностичних служб (підрозділів) установи;
- впровадження системи клініко-економічного обліку та аналізу трудовитрат медичного персоналу.

Реалізація зазначених заходів потребує відповідного технічного та програмного забезпечення реалізації диференційованої системи оплати праці на робочих місцях в лікувально-діагностичних підрозділах установи - завершальній процедурі стадії розробки алгоритму.

З цією метою в КНП Пирятинська центральна районна лікарня необхідно на робочих місцях усіх структурних підрозділів встановити програмні модулі БІС «Med-Provision». Безпосереднє технічне рішення задачі диференціації розміру оплати праці здійснюється на основі модуля «Штатний розклад і кадри», що дозволяє імпортувати дані з програмного комплексу «Зарплата» для щомісячного нарахування заробітної плати персоналу лікарні в розрізі кодів, з урахуванням фактично відпрацьованого часу. На основі цих даних модель автоматизує розрахункові операції клініко-економічного аналізу результатів діяльності установи, підсумки якого виступають інформаційною основою для прийняття рішення про стимулювання працівників.

На наш погляд, основна перевага модулів БІС «Med-Provision» у порівнянні з іншим програмним забезпеченням нарахування заробітної плати полягає в комплексному формуванні звітності за такими видами: «Заробітна плата працівників за період», «Суми за кодами заробітних плат», «Заробітна плата за кодом оплати», «Сумарні доходи і витрати клінічних відділень»,



«Доходи і витрати клінічних відділень по лікарях», «Фінансові результати роботи відділень», «Дохід відділень», « Витрати відділень », « Структура витрат на лікувально-діагностичні послуги », « Витрати відділень в розрахунку на одиницю послуг », « Витрати лікувально-діагностичних служб в розрахунку на одиницю послуг », « Структура лікувально-діагностичних досліджень ».

Звіти формуються як в загальному підсумковому виразі (по підрозділах і установі в цілому), так і в розрахунку на одного пацієнта або одне ліжко-день. Крім того, можливе формування звітності в структурному аспекті, тобто за питомою вагою кожного відділення стаціонару в загальному розмірі доходів і витрат лікарні, що враховуються при нарахуванні заробітної плати працівникам. Модуль також забезпечує можливість обліку специфіки роботи анестезіологічного та реанімаційного відділення але за окремими видами наданих медичних послуг.

Стадія впровадження алгоритму диференційованої системи оплати праці працівників установи сфери медичних послуг, в порівнянні з викладеним вмістом стадії його розробки, є більш складною по складу наповненості її процедур.

Першою з них нами визначено інформування працівників про реформування системи оплати праці, роз'яснення схеми її диференціації і порядку формування фонду стимулювання.

Реалізація даної процедури здійснюється за допомогою доведення до кожного працівника основної ідеї нового підходу до оплати праці, що полягає в оцінці роботи персоналу КНП Пирятинська центральна районна лікарня, вираженої через систему оплати праці за кінцевим результатом. Таким чином, заробітна плата перестає бути постійною, фіксованою величиною, набуває функцію преміального заохочення за рахунок поділу на дві складових - базова заробітна плата ( «основна платня») і стимулюючі виплати.

Диференційована система оплати праці заснована на механізмі перерозподілу коштів від «гірше працюючого» до «краще працюючого»

фахівця і спрямована на забезпечення зацікавленості медичних працівників в кінцевих результатах своєї праці, а також вдосконалення управління матеріальними, кадровими та фінансовими ресурсами установи.

Виплата заробітної плати працівникам КНП Пирятинська центральна районна лікарня, здійснюється за наступною схемою: базова заробітна плата по займаній посаді виплачується за поточний місяць, оплата з фонду стимулювання - за попередній місяць, тільки після проведення аналізу дохідної та видаткової частин, як структурних підрозділів, так і персонально по кожному лікарю.

Базова заробітна плата формується з двох джерел:

- на підставі посадових окладів і ставок з урахуванням кваліфікаційної категорії, вченого ступеня, почесного звання, керівництва структурним підрозділом;

- з урахуванням доплат за роботу в нічний час, вихідні та святкові дні, за виконання додаткового обсягу робіт або виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника (тобто за фактично відпрацьований час).

Формування фонду стимулювання працівників кожного структурного підрозділу (лікувально-діагностичної служби, відділення стаціонару) КНП Пирятинська центральна районна лікарня проводиться за наступною схемою (рис. 3.3.).

Основою для розподілу коштів фонду стимулювання виступає оцінка якості праці кожного працівника, що вимагає виділення такої процедури алгоритму, що полягає в розробці системи критеріїв якості праці для основних категорій працівників лікувально-діагностичних підрозділів установи.

Розроблена система критеріїв якості праці враховує його функціональну специфіку і сформована для трьох базових категорій працівників КНП Пирятинська центральна районна лікарня: лікарів стаціонарних відділень, завідувачів відділеннями стаціонару терапевтичного профілю, завідувачів відділеннями стаціонару хірургічного профілю (табл. 3.1.).

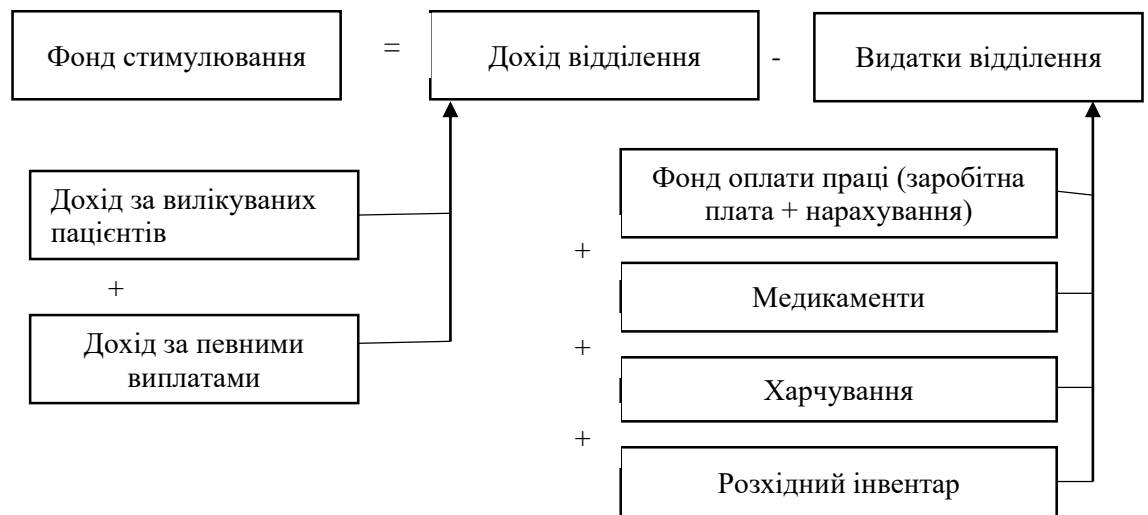


Рис. 3.3. Схема формування фонду стимулювання структурного підрозділу (відділення стаціонару) КНП Пирятинська центральна районна лікарня

Суб'єктами оцінки якості праці лікарів виступають завідувачі відділеннями, а завідуючих відділеннями - заступник головного лікаря по медичній частині.

Нарахування коефіцієнтів якості праці варіює як у бік збільшення їх розміру (в залежності від впровадження нових медичних технологій, нових методів лікування, позитивних відгуків пацієнтів тощо), так і в бік зниження (при наявності обґрунтованих скарг пацієнтів, допущених лікарських помилок, фактів порушення трудової дисципліни тощо, аж до повного позбавлення працівника виплат за коефіцієнтом якості).

Особливо слід підкреслити, що коефіцієнти якості праці мають не тільки персональне (для окремого працівника), але і колективне значення (для персоналу структурного підрозділу в цілому).

Так при оплаті праці завідувачів відділення за результатами експертизи медико-економічного контролю реєстрів рахунків по оплаті медичних послуг, медико-економічної експертизи страхових випадків і експертизи якості медичної допомоги сума штрафних санкцій зменшує суму коефіцієнта якості по відділенню.

Таблиця 3.1.

Критерії якості праці основних категорій працівників лікувально-діагностичних відділень КНП Пирятинська центральна районна лікарня

Найменування критеріїв	Нормативне значення критеріїв за категоріями працівників		
	Лікарі стаціонарних відділень	Завідувачі відділеннями стаціонару терапевтичного спрямування	Завідувачі відділеннями стаціонару хірургічного спрямування
1. Якість наданої медичної допомоги 1.1. Відповідність значення медико-економічним стандартам	0,2	-	-
2. Рівень трудової дисципліни 2.1. Якість ведення медичної документації	0,2	-	-
2.2. Дотримання правил внутрішнього розпорядку та розпоряджень керівника	0,1	-	-
3. Економічна ефективність лікування пацієнтів 3.1. Раціональність використання засобів лікарні, ступінь тяжкості лікування пацієнта та коефіцієнт участі у лікуванні хворих	0,5	-	-
4. Економічна ефективність роботи відділення 4.1. Виконання плану ліжко-день	-	0,5	0,4
4.2. Дотримання середньої тривалості лікування пацієнта	-	0,3	0,2
4.3. Рівень оперативної активності (65%)	-	-	0,2
5. Якість медичної допомоги у відділенні та організаційні здатності 5.1. Задоволеність якістю медичної допомоги	-	0,1	0,1
5.2. Організаційна робота структурного підрозділу	-	0,1	0,1

Наступною процедурою алгоритму є розрахунок фактичних витрат лікувально-діагностичних підрозділів. Він передбачає визначення суми зароблених коштів кожним структурним підрозділом і кожним фахівцем у відділенні за поданими реєстрів пролікованих хворих.

Відповідно до викладеного алгоритму, наступною його розрахунковою процедурою визначено розрахунок фактичних витрат лікувально-

діагностичних підрозділів, в тому числі по пацієнтам реєстру базової страхової компанії.

Першою дією цього розрахунку є віднімання прямих витрат, витрачених на лікування пацієнтів: медикаменти та витратні матеріали (індивідуальний облік медикаментів, що витрачаються на лікування кожного конкретного пацієнта; харчування; інвентар; параклініка (по конкретній кількості виконаних досліджень, процедур).

Як вже зазначалося нами вище, всі витрати установи формуються з програмного продукту БІС «Med-Provision» з персоніфікованого обліку. При підсумовуванні витрат враховується також віднімання резервного фонду (10% від планового фонду заробітної плати), витрат на оплату праці адміністративно-управлінського персоналу та адміністративно-господарської частини.

Визначення фактичних доходів і витрат лікувально-діагностичних підрозділів є інформаційною основою для аналізу їх співвідношення, персоніфікованого по кожному працівнику в розрізі відділень стаціонару.

Завершальною розрахунковою процедурою алгоритму на стадії впровадження диференційованої системи оплати праці нами визначено розрахунок суми фонду стимулювання для кожного лікувально-діагностичного підрозділу і його розподіл по методу бальної оцінки внеску кожного працівника в формування результату діяльності підрозділу.

Участь кожного працівника в формування результату діяльності підрозділу оцінюється за допомогою методу бальної оцінки, за принципом перерозподілу коштів від «гірше» працюючих до «краще» працюючих фахівці.

Таким чином, практика застосування викладеного алгоритму показала що диференційована система оплати праці є істотним мотиватором для працівників установи сфери медичних послуг, робить позитивний вплив на підвищення якості наданої населенню медичної допомоги, сприяє раціоналізації використання економічних ресурсів установи в умовах їх обмеженості.

Ми вважаємо, що алгоритм розробки та впровадження диференційованої системи оплати праці працівників, сукупності з іншими результатами дисертаційного дослідження, сприятимуть удосконаленню економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг.

### Висновки до розділу 3

Реформування системи оплати праці працівників обґрунтовано складом проблем у сфері управління працею, властивих установам сфери медичних послуг. Такими проблемами є: домінуюче зростання підприємницьких мотивів праці в порівнянні з ментальними мотивами професійної діяльності; зниження статусної значущості приналежності до професійного медичного співтовариства, скорочення обсягів інвестування в зростання людського капіталу та професійний розвиток, зниження рівня соціальної відповідальності і значні психоемоційні ризики, відсутність єдиного підходу до оцінки трудових витрат і результатів праці, суб'єктивність використовуваних критеріїв оцінки.

Рішення зазначених проблем вимагає розширення практики економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг, зокрема, такого його інструменту, як диференціація оплати праці працівників, з використанням якого побудований алгоритм розробки та впровадження диференційованої системи оплати праці.

Основу розробки алгоритму склали положення про те, що управлінське рішення проблеми вдосконалення оплати праці працівників установи сфери медичних послуг повинно мати суворе економічне обґрунтування; базуватися на результатах детального аналізу доходів і витрат, які формуються в процесі трудової діяльності працівників; забезпечувати можливість реалізації персоніфікованого підходу до оплати праці в залежності від реального внеску, внесеного кожним працівником у формування загального результату діяльності установи.

У такій постановці інструментальних можливостей економічного управління актуалізується значення індивідуальних чинників трудової мотивації працівників установ сфери медичних послуг, «прихованих» в існуючій системі оплати праці, де заробітна плата обмежена розмірами посадових окладів згідно зі штатним розкладом і не залежить від результатів праці кожного працівника.

## ВИСНОВКИ

Сучасний період функціонування господарюючих суб'єктів в національній економіці характеризується суттєвим ускладненням ринкових умов, обумовленим проявом кризових явищ, які взяли затяжний характер. Ця обставина виступає об'єктивною передумовою для розвитку теоретичних основ економічного управління, покликаною забезпечувати стійке функціонування господарюючих суб'єктів в умовах ускладненого турбулентного ринкового середовища.

Для підприємств сфери медичних послуг рішення даної задачі є особливо актуальним з урахуванням реформування її інституційних основ, економічного механізму та наявністю особливих передумов до розвитку, сформованою дуальною соціально-економічною природою відносин, що виникають в процесі виробництва і надання медичних послуг населенню.

Як і будь-якому іншому виду управління, економічному управлінню властива наявність певної структури, описуваної взаємозв'язком складових її елементів і їх взаємопогодженістю в цілісну систему. В представленій структурі економічного управління акцент зроблений на існування зворотного зв'язку між метою та завданнями; завданнями та інструментами; інструментами і предметом.

З урахуванням даних положень запропонована схема моделі економічного управління діяльністю установи сфери медичних послуг і дано її теоретичне обґрунтування.

У роботі доведено, що медичні послуги характеризуються комплексом особливостей, що визначають специфіку економічного управління діяльністю установ, що спеціалізуються на їх виробництві та реалізації. Такими особливостями, є: об'єктивна розбіжність оцінок споживчих властивостей медичної послуги в уявленнях її виробників і споживачів; висока залежність попиту на медичні послуги від ступеня агресивності їх пропозиції; неможливість повного перекладу медичних послуг на платну основу через



їхню приналежність до соціально-суспільних благ; непередбачуваність потреби в медичних послугах; обмеження вільної конкуренції на ринку медичних послуг; невиправдано високе споживання «безкоштовних» медичних послуг; прояв зовнішніх позитивних екстерналій від споживання медичних послуг.

Комунальне підприємство Пирятинська центральна районна лікарня Пирятинської районної ради - це заклад охорони здоров'я, некомерційна комунальна установа, яка надає населенню вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу у формі та на встановлених законодавством України умовах.

Лікарня є некомерційною установою, основною метою якої є надання безкоштовних та платних послуг вторинної / спеціалізованої лікарняної допомоги пацієнтам, включаючи екстрену (невідкладну), відповідно до законодавства України, необхідну для забезпечення профілактики, діагностики і правильного лікування хвороби, травми, отруєння чи інші розладів здоров'я, медичний супровід вагітності та проведення пологів та після пологового періоду.

До складу лікарні входять три функціональні підрозділи: поліклініка, стаціонар (до складу якого входять 11 спеціалізованих відділень) та до допоміжно-діагностичний підрозділ. Також в лікарні функціонує кабінет «Довіри», куди можуть звертатися пацієнти зі всього району для отримання моральної підтримки та професійної консультації висококваліфікованого спеціаліста.

Реформування системи оплати праці працівників обґрунтовано складом проблем у сфері управління працею, властивих установам сфери медичних послуг. Такими проблемами є: домінуюче зростання підприємницьких мотивів праці в порівнянні з ментальними мотивами професійної діяльності; зниження статусної значущості приналежності до професійного медичного співтовариства, скорочення обсягів інвестування в зростання людського капіталу та професійний розвиток, зниження рівня соціальної відповідальності і значні психоемоційні ризики, відсутність єдиного підходу до оцінки

трудоу витрат і результатів праці, суб'єктивність використовуваних критеріїв оцінки.

Рішення зазначених проблем вимагає розширення практики економічного управління діяльністю установ сфери медичних послуг, зокрема, такого його інструменту, як диференціація оплати праці працівників, з використанням якого побудований алгоритм розробки та впровадження диференційованої системи оплати праці.

Оснoву розробки алгоритму склали положення про те, що управлінське рішення проблеми вдосконалення оплати праці працівників установи сфери медичних послуг повинно мати суворе економічне обґрунтування; базуватися на результатах детального аналізу доходів і витрат, які формуються в процесі трудової діяльності працівників; забезпечувати можливість реалізації персоніфікованого підходу до оплати праці в залежності від реального внеску, внесеного кожним працівником у формування загального результату діяльності установи.

У такій постановці інструментальних можливостей економічного управління актуалізується значення індивідуальних чинників трудової мотивації працівників установ сфери медичних послуг, «прихованих» в існуючій системі оплати праці, де заробітна плата обмежена розмірами посадових окладів згідно зі штатним розкладом і не залежить від результатів праці кожного працівника.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреева О.В. Экономические методов управления и их влияние на качество медицинской помощи// Экономический журнал. - 2002. - № 7. – С. 13- 15.
2. Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я / В. А. Грабовський, П. М. Клименко // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2014. – № 3. – С. 136-142.
3. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5\\_10\\_uk/33.pdf](http://www.http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf).
4. Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я: Навчальнометодичний посібник /Укладачі: проф. Ахламов А.Г., доц. Кусик Н.Л. - Одеса, ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2011. – 111 с.
5. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhlivosti-mis>.
6. Клименко П. М., Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. Вісник НАДУ. 2014. № 3. С. 136–141.
7. Короленко В. В. ., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції монографія. К., 2018. 96 с.
8. Кравчук І. І., Присяжнюк О. Ф., Веселовський О. Б. Удосконалення управління персоналом закладів охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 2. – URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7626> (дата звернення: 01.12.2020).
9. Крупа Н.П. Актуальність застосування економічних методів управління в діяльності підприємства // Електронний науковий вісник «Керівник.ІНФО». - URL: <https://kerivnyk.info/2014/01/krupa.html>

10. Куцак Ю. Г. Фінансування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні / Ю. Г. Куцак [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rusnauka.com/Medecine>.

11. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336>.

12. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль– Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>

13. Науковий Менеджмент в медицині. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://angioveritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment>.

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

15. Слабкий Г. Шляхи інноваційного розвитку обласної клінічної лікарні в умовах реформування системи охорони здоров'я /Г.Слабкий //Практика управління закладом охорони здоров'я.–2016.–N2. – С.8 –16

16. Смирнов С. О. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я / С. О. Смирнов, В. Г. Бикова // Управління розвитком. – 2016. – № 3. – С. 78–83.

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

18. Технологія управління закладом охорони здоров'я. [Текст]: дайджест – /Укладач: Г.Я. Єржак. – Дніпропетровськ: ДОНМБ, 2016.– с.23.

19. Третьяк О. П. Роль менеджменту персоналу у формуванні та використанні трудового потенціалу медичних закладів. Бізнесінформ. 2014. № 11. С. 331-336.

20. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127584>.

21. Худошина О. Порядок здійснення контролю якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. Управління закладом охорони здоров'я. 2015. № 1. С. 9–14.

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

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

## ДОДАТКИ

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЧЕРКАСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО  
РАДА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**



***АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ  
ПРИРОДНИЧИХ І ГУМАНІТАРНИХ НАУК  
У ДОСЛІДЖЕННЯХ МОЛОДИХ УЧЕНИХ  
«РОДЗИНКА – 2020»***

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ**

**XXII Всеукраїнської наукової конференції молодих учених**

23 – 24 квітня 2020 року  
Черкаси, Україна

УДК 378 (06)  
А 43

**Актуальні проблеми природничих і гуманітарних наук у дослідженнях молодих учених «Родзинка – 2020» / XXII Всеукраїнська наукова конференція молодих учених.** – Черкаси : ЧНУ ім. Б. Хмельницького, 2020. – 724 с.

У збірнику матеріалів Всеукраїнської наукової конференції молодих учених «Родзинка-2020» представлено наукові праці молодих учених за такими напрямками: «Природничо-математичні та комп'ютерні науки», «Філологічні науки. Соціальні комунікації», «Психолого-педагогічні науки», «Історія. Філософія», «Юридичні науки. Інтелектуальна власність. Державне управління і соціально-політичні науки. Економіка, підприємництво, туризм, менеджмент».

**Члени редакційної колегії:** д. е. н., проф. **О. В. Черевко** (голова); д. і. н., проф. **С. В. Корновенко** (заст. голови); д. б. н., член-кор. АПНУ, проф. **Ф. Ф. Боєчко**; д. с.-г. н., проф. **В. Я. Білоножко**; д. ф.-м. н., проф. **А. М. Гусак**; д. пед. н., проф. **Т. М. Десятов**; д. е. н., доц. **Л. О. Кібальник**; д. філол. н., проф. **С. А. Жаботинська**; д. і. н., проф. **Н. І. Земзюліна**; д. е. н., проф. **І. І. Кукурудза**; д. б. н., проф. **В. С. Лизогуб**; д. ф.-м. н., доц. **Ю. О. Ляшенко**; д. х. н., проф. **Б. П. Мінаєв**; д. і. н., проф. **А. Г. Морозов**; д. е. н., проф. **С. Р. Пасєка**; д. філол. н., проф. **В. Т. Поліщук**; д. філол. н., проф. **О. О. Селіванова**; д. і. н., проф. **А. Ю. Чабан**; д. пед. н., проф. **В. П. Шпак**; д. психол. н., академік АПНУ, проф. **Т. С. Яценко**; д. е. н., проф. **Н. В. Зачосова** (відповідальний секретар); к. б. н., доц. **М. Н. Гаврилюк**; к. філол. н., доц. **Л. В. Корновенко**; к. х. н., доц. **О. А. Лут**; к. пед. н., доц. **Л. А. Нечипоренко**; к. пед. н., доц. **Т. С. Нінова**; к. філол. н., доц. **Л. О. Пашіс**; к. філол. н., доц. **І. І. Погрібний**; к. т. н., доц. **В. І. Салапатов**; к. б. н., доц. **С. В. Соколенко**; к. с.-г. н., доц. **О. А. Спрягайло**; к. психол. н., доц. **Л. Г. Туз**; к. філол. н., доц. **Л. В. Швидка**. н. с. **Н. М. Карауш-Кармазін**.

Матеріали публікуються в авторській редакції. Редакція залишає за собою право технічного коригування текстів.

За дотримання права інтелектуальної власності, дотримання норм академічної доброчесності, достовірність матеріалів та обґрунтування висновків відповідають автори та їх наукові керівники.

© Черкаський національний університет  
ім. Б. Хмельницького, 2020  
©Автори матеріалів, 2020



<b>Бичова І. В.</b> МЕНЕДЖМЕНТ ГРОШОВИХ ПОТОКІВ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ, ЯК УМОВА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ.....	101
<b>Валова М. О., Богуславська С. І.</b> НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ПІДПРИЄМСТВ.....	103
<b>Верещак А. Р., Верещак І. Р.</b> МОТИВУВАННЯ ПРАЦІ ПЕРСОНАЛУ В СИСТЕМІ ЕКОНОМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ПІДПРИЄМСТВА.....	105
<b>Власенко А. Ю.</b> КОМУНІКАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС, ЕЛЕМЕНТИ ТА ЕТАПИ.....	107
<b>Вольних А. І., Добровольська О. Р.</b> ВИКОРИСТАННЯ МЕХАНІЗМІВ НЕМАТЕРІАЛЬНОЇ ВИНАГОРОДИ ПРАЦІВНИКІВ.....	108
<b>Гаркавий К. А., Богуславська С. І.</b> СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ.....	109
<b>Гонтаренко Ю. Д.</b> ВИДИ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ СТРУКТУР ПІДПРИЄМСТВА: ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ.....	111
<b>Данильченко Т. О., Богуславська С. І.</b> МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНИМ РОЗВИТКОМ ПЕРСОНАЛУ....	112
<b>Дудник О. М., Богуславська С. І.</b> ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ПЛАНУВАННЯ ПІДПРИЄМСТВ УКРАЇНИ.....	114
<b>Зайцева В. О.</b> ПРИЧИНИ ТА УСУНЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ НА ПІДПРИЄМСТВІ.....	115
<b>Зайцева В. О.</b> СУТНІСТЬ ТА ПОНЯТТЯ ЕКОНОМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ПІДПРИЄМСТВА.....	116
<b>Захарченко Л. В., Богуславська С. І.</b> ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ПІДПРИЄМСТВІ.....	117
<b>Зачосова Н. В.</b> ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ БЕЗПЕКОЮ ФІНАНСОВИХ УСТАНОВ.....	119
<b>Кізян О. М., Богуславська С. І.</b> СКЛАДОВІ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ВИТРАТАМИ ПІДПРИЄМНИЦЬКИХ СТРУКТУР...	121
<b>Коваленко О. В., Богуславська С. І.</b> СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ФАКТОРІВ ПІДВИЩЕННЯ ПРОДУКТИВНОСТІ ПРАЦІ.....	124
<b>Коваленко А. О.</b> ВИДИ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У ПРОЦЕСІ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІЧНОЮ БЕЗПЕКОЮ ПІДПРИЄМСТВ.....	126
<b>Коваль О. В.</b> ВИДИ СТРАТЕГІЙ В УПРАВЛІННІ СИСТЕМОЮ ЕКОНОМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ.....	127
<b>Козін А. О., Богуславська С. І.</b> ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МАРКЕТИНГОВОЇ СТРАТЕГІЇ ПІДПРИЄМСТВА.....	129
<b>Козін О. А.</b> МЕТОДИКА УПРАВЛІННЯ ГОСПОДАРСЬКОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ПІДПРИЄМСТВА.....	131
<b>Колчев Б. В.</b> ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ЛІДЕРСТВА.....	133
<b>Коршун А. М.</b> ОСНОВНІ ПРИЧИНИ, ЯКІ ПРИЗВОДЯТЬ ДО НЕВДАЧ В РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЙ.....	135
<b>Косенко Я. В.</b> ЗАСОБИ ПЛАНУВАННЯ ЧАСУ.....	136
<b>Косенкова І. В.</b> МЕТОДИ КОМУНІКАЦІЙ, КОМУНІКАЦІЙНІ КАНАЛИ ТА СФЕРИ ЇХ ЕФЕКТИВНОГО ВИКОРИСТАННЯ.....	137
<b>Кошова Л. М.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСАКЦІЙНОЇ КОНФІГУРАЦІЇ ІНТРА І ІНФРАМЕНЕДЖМЕНТУ.....	139

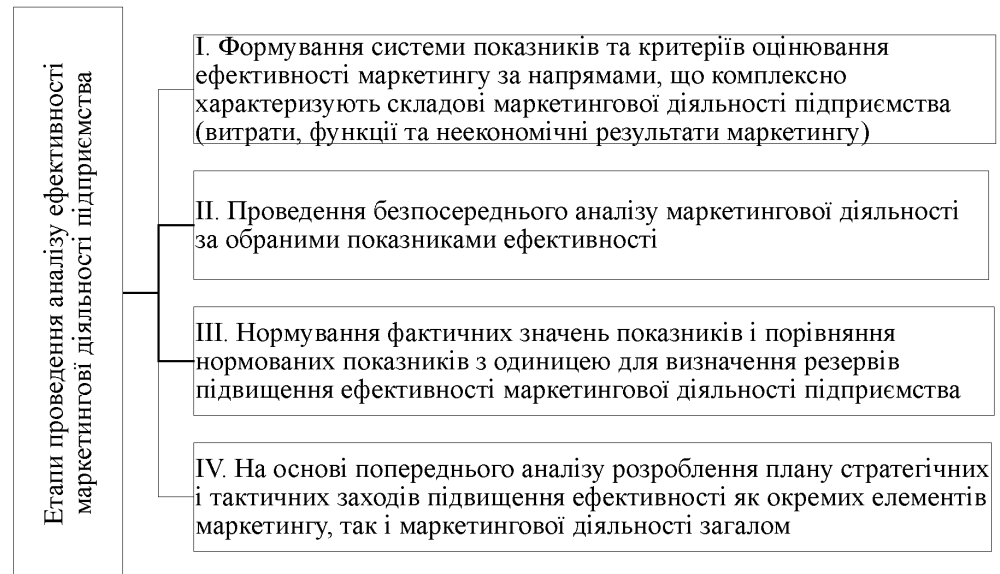


Рис. 1.1 - Алгоритм проведення аналізу ефективності маркетингової діяльності підприємства [4, с.234]

Таким чином, аналіз ефективності маркетингової діяльності за основними напрямками оцінки витрат, функцій та неекономічних показників маркетингу з використанням економіко-математичних методів і моделей з чітко визначеним алгоритмом дозволить ефективно організувати маркетинг на підприємстві, оцінювати досягнуті кінцеві результати маркетингової діяльності (прибуток, частка на ринку, обсяг реалізації тощо), а також приймати ефективні управлінські рішення щодо реалізації маркетингової діяльності підприємства загалом.

#### Список використаних джерел і літератури:

1. Гольцев Д.Г. Модель позиційного маркетингу ринку збуту якісних товарів / Д.Г. Гольцев // Акт. пробл. економіки. - 2018. - № 2 (116). - С. 61 – 68.
2. Лук'янець Т.І. Маркетингова політика комунікацій: навчальний посібник / Т.І. Лук'янець. - К.: КНЕУ. - 2014. - 380 с.
3. Лук'янець Т.І. Рекламний менеджмент: навчальний посібник / Т.І. Лук'янець // К.:КНЕУ. - 2016. – 273 с.
4. Мельник Л.Г., Старченко Л.В., Карінцева О.І. Маркетингова цінова політика: навч. посіб. / Л.Г. Мельник, Л.В. Старченко, О.І. Карінцева // Суми: ТОВ «ВТД «Університетська книга». – 2012. – 240 с.
5. Полонець В. Реалізація маркетингових стратегій: проблемні зони та шляхи їх подолання / В. Полонець // Маркетинг в Україні. - 2010. - № 4 (50). - С. 7 - 11.

*Козін О.А.*

*Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького*

## МЕТОДИКА УПРАВЛІННЯ ГОСПОДАРСЬКОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ПІДПРИЄМСТВА

Реалізація процесу управління господарською діяльністю суб'єктів господарювання повинна відповідати процесу переходу України до постіндустріального суспільства. Тому до передумов модернізації методологічної основи аналізу господарської діяльності в інформаційній економіці постіндустріального суспільства слід зарахувати [2]:

- глобалізацію економічних зв'язків;
- зміну ідеологічної парадигми в напрямку інноваційного розвитку;
- змістове оновлення системи гуманітарного знання про цивілізаційний розвиток;
- зміну загальнонаукової ідеології світогляду в напрямку сталого розвитку;
- трансформацію управлінської філософії.

Якість прийнятих господарських рішень залежить від багатьох чинників, але одним із основних є методологія сприйняття та осмислення інформації, тобто підходи, принципи, методи. Стратегію осмислення бухгалтерської інформації та пошуку нових знань з метою забезпечення прийняття якісних рішень зацікавленими користувачами пропонуємо вважати ключовим аспектом методології бухгалтерського аналізу.

Варто зазначити, що до останнього часу методологію контент-аналізу пов'язували лише з політичною і соціологічною науковими сферами. При цьому загалом поняття «контент-аналіз» трактують як спосіб якісно-кількісного аналізу змісту інформації з метою виявлення або вимірювання різних фактів і тенденцій, відображених у цій інформації [1].

У найпростішому вигляді ідею контент-аналізу облікової інформації можна сформулювати як постійне виконання у комп'ютеризованій системі бухгалтерського обліку вузько окресленої аналітичними завданнями (оцінка показників, діагностика впливу факторів, пошук резервів розвитку) трансформації безперервних інформаційних потоків у нові корисні знання про господарську діяльність. Підкреслимо, що саме принцип безперервності діяльності, а відтак і безперервності інформаційних потоків, забезпечує такі якісні характеристики корисної інформації, як доречність та зіставність при прийнятті рішень.

Методика контент-аналізу облікової інформації повинна реалізовуватися за допомогою програмного комплексу та передбачати таку послідовність дій при його розробці [4]: класифікація основних категорій предмета аналітичного дослідження та формування каталогу системи показників господарської діяльності; об'єднання всіх предметних категорій аналітичного дослідження, одиниць аналізу, одиниць виміру та розрахункових алгоритмів факторних моделей і формування довідника типових взаємозв'язків факторів зміни показників господарської діяльності; кодування всіх предметних категорій аналітичного дослідження та розробка формалізованого опису показників господарської діяльності, який пропонуємо пов'язувати з номером рахунку у плані рахунків; складання протоколу аналізу – таблиці, у яку в ході опрацювання цільового запиту користувача в діалоговому режимі комп'ютером записуються всі знайдені у змісті бухгалтерської інформації, накопиченої за останні 5 років, числові закономірності закодованих предметних категорій, за допомогою яких стає можливим прийняття раціонального рішення.

Управління фінансово-господарською діяльністю підприємства є одним з найбільш значимих функціональних напрямків системи фінансового менеджменту, яка досить тісно пов'язана з іншими системами управління. Безперечно, управління фінансово-господарською діяльністю органічно входить до системи управління всіма аспектами операційної, інвестиційної та фінансової діяльності підприємства. Воно відображає всі відносини, що входять до сфери фінансової діяльності підприємства і являє собою систему принципів та методів розробки і реалізації управлінських рішень, пов'язаних із забезпеченням такого стану фінансових ресурсів і активів, їх формування та розподілу, яка б дозволила підприємству розвиватися на основі зростання прибутку та капіталу при збереженні платоспроможності і кредитоспроможності та забезпечення і підтримання його фінансової рівноваги.

На наш погляд варто акцентувати увагу на функціях, які можна розглядати, по-перше, у якості функцій управління фінансово-господарською діяльністю як управляючої системи та які є складовими будь-якого процесу управління незалежно від виду їх діяльності, організаційно-правової форми, розміру та форми власності, та, по-друге, у якості функцій управління фінансовою стійкістю як специфічної сфери управління підприємством в цілому.

Таким чином, слід відзначити наступні функції:

- функції управління фінансово-господарською діяльністю підприємства як управляючої системи (аналіз фінансових показників в поточному періоді, прогнозування параметрів фінансових показників на перспективний період, розробка дієвої системи стимулювання реалізації управлінських рішень щодо управління фінансовою діяльністю, здійснення ефективного контролю за виконанням прийнятих рішень щодо забезпечення чи підтримання на необхідному рівні фінансової стійкості підприємства);

- функції управління фінансово-господарською діяльністю підприємства як специфічною ланкою управління підприємством (управління структурою капіталу, активів та грошових потоків підприємства).

Економічні методи управління – це такі методи, які реалізують матеріальні інтереси участі людини у виробничих процесах (будь-якій іншій діяльності) через використання товарно-грошових відносин. Ці методи мають два аспекти реалізації.

Перший аспект характеризує процес управління, зорієнтований на використання створеного на загальнодержавному рівні економічного сегмента зовнішнього середовища. Суть цього аспекту [3]: формування системи оподаткування суб'єктів господарювання; визначення дійової амортизаційної політики, яка сприяла б оновленню (відтворенню) матеріальних і нематеріальних активів підприємства; встановлення державою мінімального рівня заробітної плати та пенсій. Другий аспект економічних методів управління зв'язано з управлінським процесом, орієнтованим на використання різноманітних економічних важелів, таких як фінансування, кредитування, ціноутворення, штрафні санкції тощо.

Трансформація народного господарства України в економіку відкритого типу створює для підприємств зовсім нові умови, принципово інше зовнішнє середовище. У цих умовах своєчасним і необхідним є розробка як стратегії забезпечення підприємства фінансовими та іншими ресурсами, так і ефективної системи управління стійкістю його фінансового середовища. Політика зміцнення фінансової стійкості у контексті заходів управління фінансами підприємства потребує організації стратегічного управління фінансово-господарською діяльністю підприємства.

Найбільшу увагу у системі заходів, спрямованих на фінансову стабілізацію, слід приділити етапу відновлення і зміцнення рівня фінансової стійкості підприємства – запоруки усунення неплатоспроможності й фундаментальної основи фінансової стратегії на прискорення економічного зростання.

#### Список використаних джерел і літератури:

1. Загорна Т.О. Економічна діагностика: навч. посіб. / Т.О. Загорна // К.: Центр учбової літератури. - 2017. - 400 с.
2. Базидевич В.Д., Базидевич К.С. Страхование дело / В.Д. Базидевич, К.С. Базидевич // К.: «Знання», КОО. - 2014. - 250 с.
3. Бердникова Т.Б. Аналіз і діагностика фінансово-господарської діяльності підприємства: Навчальний посібник / Т.Б. Бердникова // М.: ИНФРА - М. - 2014. - 215 с.
4. Бикадоров В.Л., Алексеев П.Д. Фінансово-економічний стан підприємства: Практичний посібник / В.Л. Бикадоров, П.Д. Алексеев // М.: Видавництво ПРИОР, 2014. 113с.
5. Болотін В.В., Соломатов В.І. Антикризисное управління підприємствами: Навчальний посібник / В.В. Болотін, В.І. Соломатов // М.: МПГАіК, 2015. - 142 с.

**Науковий керівник:** к.е.н., доцент Богуславська С. І.

**Колчев Б. В.**

*Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького*

## ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ЛІДЕРСТВА

Лідерство стало об'єктом дослідження багатьох вчених, і нині сформульовано основні теоретичні підходи до вивчення лідерства.

Основним та важливим є підхід з точки зору динаміки поведінки. Цей підхід ще називають поведінковий. Поведінковий підхід створив основу для класифікації стилів керівництва та стилів поведінки. Це стало серйозним вкладом і корисним інструментом розуміння складностей лідерства. Згідно з поведінковим підходом до лідерства, ефективність визначається не особистісними якостями керівника, а скоріше манерою його поведінки по відношенню до підлеглих. Динаміка поведінки відображає те, як розглядається лідер: в статичі (аналіз лідерських рис) чи в динаміці (аналіз лідерської поведінки). В першому випадку лідерство трактується головним чином в термінах відносно постійних та стійких рис характеру