
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2–057.17:330.131.7

Надійшла 04.11.2015

Т. А. ВЕЖНОВЕЦЬ (Київ)

КАДРОВІ РИЗИКИ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКОГО ГЕНЕЗУ В УСТАНОВАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кафедра менеджменту охорони здоров'я (зав. – проф. В. Д. Парій)
Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця <taveg@ukr.net>

У статті досліджено кадрові ризики організаційно-управлінського генезу, що можуть негативно впливати на якість надання медичної допомоги. Проведено опитування 257 медичних працівників установ охорони здоров'я Києва та Херсона. Встановлено, що до зазначених ризиків належать авторитарний стиль управління персоналом, маргінальний та потуральний стиль ухвалення управлінського рішення, взаємодія в системі «медичний працівник – організація» на основі принципу розрахунку, середня зарплата

лікаря нижча за середню зарплату у промисловості. Визначені кадрові ризики необхідно враховувати при розробці ефективної системи ризик-менеджменту в установах охорони здоров'я.

Ключові слова: кадрові ризики, якість медичної допомоги, ризик-менеджмент.

В сучасних умовах реформування медичної галузі актуальним є питання ефективності та результативності кадрового менеджменту в установах охорони здоров'я (УОЗ). За визначенням В. Г. Щокіна, кадровий менеджмент – «це система планування, організації, мотивації і контролю за персоналом, спрямована на досягнення цілей підприємства» [19].

На будь-якому етапі функціонування вказаної системи можуть виникати кадрові ризики, що можуть негативно впливати на якість надання медичної допомоги та становити загрозу для пацієнтів. Так, недостатня кількість персоналу, висока плинність кадрів, неефективний підбір та розстановка персоналу, неефективна структура організації, нераціональна система стимулювання персоналу, тотальний контроль чи безконтрольність, помилки в оцінюванні роботи персоналу, неадекватний стиль управління, відсутність оптимального механізму реалізації управлінських рішень – ймовірні кадрові ризики якості надання медичної допомоги організаційно-управлінського генезу.

Актуальним є питання створення ефективного механізму, який дозволив найраціональнішим способом передбачити кадровий ризик та мінімізувати або запобігти його негативному впливу на якість надання медичної допомоги. Таким механізмом є ризик-менеджмент, або управління ризиком.

Реалізація ризик-менеджменту здійснюється поетапно: ідентифікація ризику із супутньою оцінкою вірогідності його реалізації і масштабу наслідків, розробка ризик-стратегії з метою зниження вірогідності реалізації ризику та мінімізації можливих негативних наслідків, вибір методів та інструментів управління виявленим ризиком, безпосереднє управління ризиком, оцінка досягнутих результатів і корекція ризик-стратегії [3]. Звичайно, найважливішим етапом ризик-менеджменту є ідентифікація ризику із супутньою оцінкою вірогідності його реалізації і масштабу наслідків.

Проблема кадрових ризиків висвітлена в основному в наукових виданнях економічного спрямування [1, 2, 7, 11, 12, 15, 18]. В медичній літературі зустрічаються поодинокі праці, в яких досліджуються актуальні питання ризик-менеджменту в системі охорони здоров'я [4, 8, 17].

На нашу думку, нині потребує вирішення питання ідентифікації в УОЗ кадрових ризиків, що можуть негативно впливати на якість надання медичної допомоги.

Мета дослідження – ідентифікація кадрових ризиків організаційно-управлінського генезу в УОЗ на основі опитування медичних працівників.

Матеріали і методи. Проведено опитування медичних працівників (керівники, лікарі та медичні сестри) УОЗ Києва і Херсонської області за анкетною визначення кадрових ризиків, розробленою фахівцями кафедри менеджменту охорони здоров'я НМУ ім. О. О. Богомольця та за методикою визначення мотиваційних типів В. І. Герчікова [6]. Надійність анкети для соціологічного дослідження була визначена за розрахунком коефіцієнта Альфа Кронбаха ($\alpha = 0,83$).

У дослідженні брали участь 257 медичних працівників, серед яких 87 керівників УОЗ, 60 лікарів та 110 медичних сестер. Середній вік опитаних становив $(48,3 \pm 0,7)$ року, середній стаж – $(17,4 \pm 0,9)$ року. Серед опитаних керівників жінки становили 51,7%, чоловіки – 48,3 %, серед лікарів – відповідно 64 і 36 %, серед медичних сестер жінок було 100 %. Віковий та статевий склад респондентів у цілому відповідає генеральній вибірці.

Отримані результати оброблено з використанням ліцензійного пакету статистичного аналізу IBM SPSS Statistics Base v. 22. Був застосований коефіцієнт згоди Пірсона χ^2 .

Результати та їх обговорення. У дослідженні було обрано робочу гіпотезу, згідно з якою до кадрових ризиків організаційно-управлінського генезу належать такі: принцип взаємодії між медичним працівником та організацією, рівень заробітної плати персоналу в організації, стиль управління в організації, особливості ухвалення управлінського рішення керівником організації.

Для оцінки принципу взаємодії в системі «медичний працівник–організація» як кадрового ризику ми використали принципи побудови стосунків між працівниками та організацією, запропонованими В. І. Герчіковим в анкеті визначення типу трудової мотивації працівника (табл. 1) [6]. Для зручності користування запропонували скорочені назви зазначених принципів (див. табл. 1 у дужках), зокрема відданості, розрахунку, самореалізації та партнерства.

Респондентам було запропоновано дати відповідь на питання: «На яких принципах повинна будуватися взаємодія між медичним працівником та організацією?». Результати опитування медичних сестер та лікарів наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Розподіл лікарів та медичних сестер за відповідями на питання щодо принципів побудови взаємодії між ними та організацією ($M \pm m$)

| Принцип | Частка, % | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| | лікарів | медичних сестер |
| Працівник ставиться до організації як до домівки, віддає їй все. Разом переживає складнощі і досягнення. Організація адекватно оцінює відданість та результати праці працівника (принцип відданості) | 54,2 \pm 4,2 | 48 \pm 4,1 |
| Працівник продає організації свою працю. У разі неадекватної оплати праці він може шукати іншого покупця (принцип розрахунку) | 4,2 \pm 1,3 | 8,0 \pm 1,5 |
| Працівник ставиться до організації як до місця можливої самореалізації його здібностей (принцип самореалізації) | 25,0 \pm 3,1 | 12,0 \pm 2,4 |
| Працівник добровільно витрачає свої сили на організацію, а організація повинна йому гарантувати достойну заробітну плату та соціальні блага (принцип партнерства) | 16,6 \pm 2,8 | 32,0 \pm 3,4 |

При опитуванні найвищу частку відповідей серед медичних працівників набрав «принцип відданості». На другому місці для лікарів – «принцип самореалізації», для медичних сестер – «принцип партнерства». Найнижчу частку відповідей як серед лікарів, так і серед медичних сестер (відповідно 4,2 % \pm 1,3 % та 8,0 % \pm 1,5 %) набрав «принцип розрахунку».

На нашу думку, небезпечним та таким, що належить до кадрових ризиків, є «принцип розрахунку». Небезпека цього принципу полягає в тому, що працівник, стосунки якого з організацією побудовані лише на даному принципі, вважаючи свою заробітну плату неадекватною, може допускати недобросовісне виконання функціональних обов'язків. Вказане підтверджується даними В. В. Мадьянкової про лікарів-педіатрів. Лікарі-педіатри були упевнені в необхідності зв'язку між якістю виконання роботи і розміром заробітної плати (62,3 %) та вважали низьку оплату праці демотиватором [9]. Г. О. Слабкий та Г. Я. Пархоменко називають антистимулами ефективної роботи медичних працівників низький рівень заробітної плати і відсутність зв'язку між трудовими зусиллями та її рівнем [14].

Наведені думки лікарів та медичних сестер про принципи побудови взаємодії в системі «медичний працівник – організація» не різняться між собою за коефіцієнтом згоди Пірсона ($\chi^2 = 2,68$; $df = 3$; $\chi^2_{\text{табл.}} = 7,78$; $P > 0,05$).

Таким чином, побудова взаємодії між медичним працівником та організацією на підставі «принципу розрахунку» може опосередковано впливати на якість надання медичної допомоги, а цей принцип може бути ідентифікований як кадровий ризик якості надання медичної допомоги.

Важливо визначити, який рівень заробітної плати лікарів медичні працівники вважають адекватним, а який загрозливим для якості надання медичної допомоги. Генрі Джордж, американський письменник (1839–1897), стверджував, що

«праця найбільш продуктивна там, де платять найвищу заробітну плату. Низько оплачувана праця неефективна у всіх країнах світу». Відомий американський аналітик кар'єрного росту Н. Pink Daniel вважає, що «Ви повинні платити достатньо. Якщо платите мало – це демотивує. Але треба пам'ятати, що як тільки ви платите людині на рівні ринку або трохи вище – кожна нова невелика надбавка відіграє незначну роль у справі мотивації». За даними В. В. Мадьянкової, 72,2 % лікарів-педіатрів не вважають оплату своєї праці справедливою, проте 60,9 % стверджують, що при збільшенні заробітної плати її продуктивність не зміниться [14].

Розглядаючи рівень заробітної плати як імовірний кадровий ризик, ми спочатку дослідили, чим для медичних працівників є заробітна плата. Для цього провели опитування лікарів та медичних сестер, скориставшись відповідним розділом анкети визначення типу трудової мотивації працівника, розробленої В. І. Герчіковим. В табл. 2 наведено розподіл відповідей медичних працівників на питання «Спробуйте визначити, що для Вас є зарплата?».

Таблиця 2. Розподіл лікарів та медичних сестер за відповідями на питання щодо визначення поняття заробітної плати ($M \pm m$)

| Варіант відповідей | Частка, % | |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| | лікарів | медичних сестер |
| Плата за час та зусилля, витрачені на виконання роботи | 17,6 \pm 2,5 | 25,8 \pm 2,5 |
| Це насамперед плата за мої знання та кваліфікацію | 37,9 \pm 3,4 | 32,3 \pm 3,1 |
| Оплата за мій трудовий внесок в загальні результати діяльності установи | 17,2 \pm 2,4 | 16,1 \pm 2,7 |
| Мені потрібен постійний заробіток – навіть невеликий | 6,8 \pm 1,2 | 16,1 \pm 2,7 |
| Який би заробіток не був, я його заробив (-ла) сам (-а) | 13,7 \pm 2,1 | 9,7 \pm 1,5 |
| Інше | 6,8 \pm 1,2 | 0 |

Найвищим був відсоток лікарів та медичних сестер, які обрали відповідь: «Це, насамперед, плата за мої знання та кваліфікацію» (відповідно 37,9 % \pm 3,4 % та 32,3 % \pm 3,1 %). Друге місце посіла відповідь «Плата за час та зусилля, витрачені на виконання роботи» (відповідно 17,6 % \pm 2,5 % та 25,8 % \pm 2,5 %). Зазначене, імовірно, обумовлено тим, що знання та кваліфікацію медичні працівники здобувають важко та тривало, і тому вони високо оцінюють свої знання й кваліфікацію, за які хочуть отримувати адекватну винагороду.

Достовірної різниці в структурі відповідей лікарів та медичних сестер за критерієм згоди Пірсона χ^2 не виявлено ($\chi^2 = 4,1$; $df = 5$; $\chi^2_{\text{табл.}} = 11,07$; $P > 0,05$).

Для з'ясування рівня середньої заробітної плати лікарів, який є низьким, а тому демотивуючим, та може становити ризик якості надання медичної допомоги, ми провели опитування за анкетною визначення кадрових ризиків, розробленою фахівцями кафедри менеджменту охорони здоров'я НМУ ім. О. О. Богомольця (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл респондентів за відповіддю на питання щодо низького рівня середньої заробітної плати лікарів ($M \pm m$)

| Респонденти | Варіант відповіді, % | | | | | |
|----------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 1500–2000 грн | 2001–3000 грн | 3001–4000 грн | 4001–5000 грн | 5001–6000 грн | 6001–7000 грн |
| Керівники | 26,09 | 23,91 | 22,83 | 11,96 | 6,52 | 8,7 |
| Лікарі | 49,15 | 15,25 | 11,86 | 3,39 | 6,78 | 13,56 |
| Медичні сестри | 63,89 | 19,44 | 6,94 | 1,39 | 2,78 | 5,56 |

Аналіз даних табл. 3 свідчить, що у травні 2014 р. чверть керівників УОЗ, майже половина опитаних лікарів та більше половини медичних сестер вважали

низькою середню заробітну плату лікарів у розмірі до 2000 грн (~ 166 \$). Більше того, 2/3 керівників та лікарів (72,8 та 76,3 % відповідно) вважали низькою середню заробітку плату лікарів до 4000 грн (~ 333 \$), а 83,3 % медичних сестер – до 3000 грн (~ 250 \$). Виявлені розбіжності підтверджено статистично. Зокрема, структура відповідей керівників достовірно відрізнялася від такої лікарів ($\chi^2 = 12,96$; $df = 5$; $\chi^2_{\text{табл.}} = 11,07$; $P < 0,05$) та медичних сестер ($\chi^2 = 28,19$; $df = 5$; $\chi^2_{\text{табл.}} = 11,07$; $P < 0,05$). Зазначені розбіжності в оцінках респондентів, імовірно, обумовлені зіставленням середньої зарплати лікаря, що обговорюється, із своєю винагородою. Особлива думка керівників УОЗ може бути зумовлена тим, що вони як менеджери розуміють провідну роль матеріальної мотивації в системі стимулювання роботи підлеглих.

Таким чином, респонденти усіх професійних груп вважають середню заробітну плату лікаря до 4000 грн (~333 \$) недостатньою, що, на нашу думку, є загрозою для якості надання медичної допомоги та дозволяє ідентифікувати її як кадровий ризик.

Необхідно зауважити, що в Основах законодавства про охорону здоров'я України закладена норма щодо рівня середньої заробітної плати медичних працівників: середня зарплата у сфері охорони здоров'я повинна бути на рівні середньої у промисловості. За даними Державної служби статистики України, середня заробітна плата у промисловості в квітні 2014 р. становила 3990 грн (~ 332 \$), у сфері охорони здоров'я – 2455 грн (~ 204 \$), або 61,6 % такої у промисловості [13].

Розглянемо думку респондентів про стиль управління колективом як імовірного кадрового ризику якості надання медичної допомоги (рис. 1). Думка респондентів усіх професійних груп (керівники, лікарі, медичні сестри) була однаковою в тому, що найвищим ризиком якості надання медичної допомоги є авторитарний стиль управління (відповідно 45,36, 42,62 і 50,75 %), на другому місці – ліберальний стиль. Разом з тим 1/5 респондентів вважають кадровим ризиком якості надання медичної допомоги демократичний стиль управління персоналом.

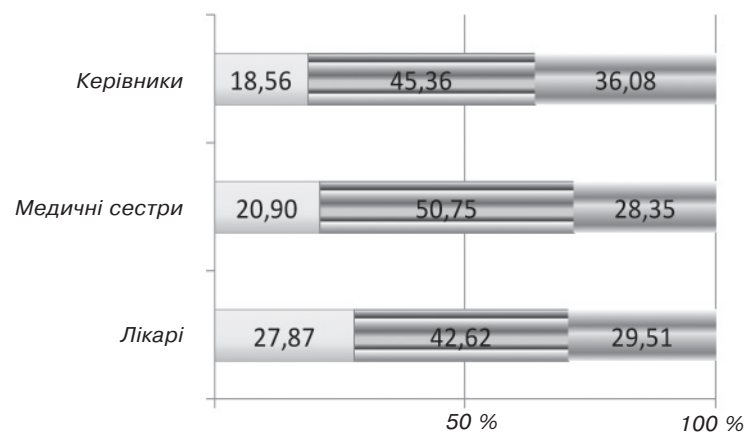


Рис. 1. Розподіл респондентів за відповіддю на питання щодо стилю управління як кадрового ризику:

□ – демократичний; ▨ – авторитарний; ■ – ліберальний

Достовірної різниці в структурі відповідей респондентів різних професійних груп за критерієм згоди Пірсона χ^2 не виявлено ($P > 0,05$).

Аналіз стилів управління за параметрами, запропонованими Е. Е. Старобінським [16], дозволив визначити характеристики стилів, які, на нашу думку, зумовлюють кадрові ризики якості надання медичної допомоги. Такими характеристиками у разі авторитарного стилю управління є: одноосібне ухвалення рішень, перекладання відповідальності на підлеглих у разі невдачі, уникнення кваліфікованих працівників при підборі кадрів, надмірна самовпевненість, залежність від

настрою при взаємодії з підлеглими, ставлення до покарання як до основного методу стимулювання працівників. При ліберальному стилі керівництва кадрові ризики пов'язані з очікуванням при ухваленні вказівок керівництва або рішення наради, небажанням брати на себе відповідальність, неспроможністю давати розпорядження, передачею ініціативи у руки підлеглих, усуненням від підбору персоналу, уникненням спілкування з підлеглими, надмірною поступливістю. Демократичний стиль управління позбавлений зазначених вище недоліків авторитарного та ліберального стилю, але 18,6 % керівників УОЗ, 20,9 % лікарів та 27,9 % медичних сестер вважають саме цей стиль керівництва ризиком якості надання медичної допомоги. Зазначене може бути обумовлене як відсутністю у частини респондентів чіткого розуміння різниці між ліберальним і демократичним стилем управління (керівників, які дотримують обох зазначених стилів, сприймають як «слабких»), так і бажанням певної частини опитаних медичних працівників бути керованими у роботі, не брати на себе відповідальність, не проявляти ініціативи, а делегувати усі ці функції «сильному» керівнику.

Визначальним при формуванні стилю управління персоналом є стиль ухвалення керівником управлінського рішення, для оцінки якого як кадрового ризику ми використали класифікацію стилів ухвалення рішень за Е. Е. Марковою [10]. Згідно з цією класифікацією розглядається п'ять стилів ухвалення рішення: реалізаторський (лібералізм в стосунках з підлеглими та самостійне вирішення керівником проблемних ситуацій), авторитарний (владність та самостійне вирішення проблемних ситуацій), маргінальний (владність і уникнення вирішення проблемних ситуацій), потуральний (лібералізм та уникнення вирішення проблемних ситуацій), ситуативний (відсутність певного стилю, діє за ситуацією).

Аналіз результатів опитування свідчить про відсутність однієї відповіді респондентів різних професійних груп на питання «Який стиль ухвалення керівником управлінського рішення є ризиком надання неякісної медичної допомоги?» (рис. 2).

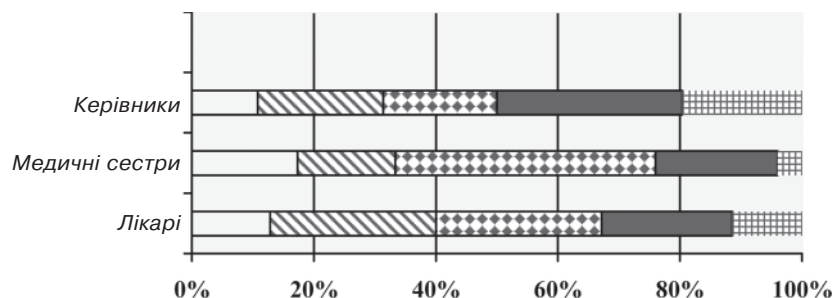


Рис. 2. Розподіл респондентів за відповіддю на питання щодо стилю ухвалення управлінського рішення як кадрового ризику:

□ – реалізаторський; ▨ – авторитарний; ▣ – маргінальний; ■ – потуральний; ▤ – ситуативний

Структура відповідей медичних сестер достовірно відрізнялася від такої керівників ($\chi^2 = 20,42$; $df = 4$; $\chi^2_{\text{табл.}} = 9,49$; $P < 0,05$) та мала тенденцію до відмінності від структури відповідей лікарів ($\chi^2 = 7,73$; $df = 4$; $\chi^2_{\text{табл.}} = 7,78$ при $P = 0,1$), тоді як між думкою лікарів і керівників розбіжностей не виявлено ($\chi^2 = 5,24$; $df = 4$; $\chi^2_{\text{табл.}} = 9,49$; $P < 0,05$).

Найбільша кількість медичних сестер (42,7 %) вважають ризиком якості надання медичної допомоги маргінальний стиль ухвалення управлінського рішення, при якому владний керівник уникає вирішення проблемних ситуацій, а найнижчий (4 %) – ситуативний, при якому керівник діє за ситуацією.

Третина керівників УОЗ вважають ризикованим потуральний стиль, при якому керівник уникає вирішення проблемних ситуацій та будує стосунки з колективом на основі лібералізму. Лише 10,8 % керівників вважають таким реалізаторський стиль, тобто поєднання самостійного вирішення керівником проблемних

ситуацій з лібералізмом в стосунках з підлеглими. Цікавим є зіставлення думки керівників УОЗ про питання з розподілом керівників за стилем ухвалення управлінського рішення. Нами встановлено, що 25 % керівників УОЗ використовують реалізаторський стиль ухвалення рішення, по 22 % – маргінальний та ситуативний, 18 % – потуральний та 13 % – авторитарний [5].

Три чверті опитаних лікарів вважають ризиком для якості надання медичної допомоги авторитарний, маргінальний та потуральний стилі ухвалення управлінського рішення. Найменша кількість респондентів-лікарів вважають ризиком реалізаторський (як і керівники) або ситуативний (як і медичні сестри) стилі ухвалення рішення.

Таким чином, найменш ризикованими для якості надання медичної допомоги, на думку респондентів усіх професійних груп, є реалізаторський та ситуативний стилі ухвалення управлінського рішення. Найвищу загрозу мають маргінальний та потуральний стилі, оскільки керівники самоусуваються від вирішення проблемних ситуацій, а також авторитарний стиль, що ґрунтується на жорсткій субординації, тотальному контролі та жорстких дисциплінарних заходах.

Ідентифіковані кадрові ризики організаційно-управлінського генезу необхідно враховувати при розробці системи ризик-менеджменту в установах охорони здоров'я.

Висновки. 1. Встановлено, що, на думку 50 % респондентів лікарів та медичних сестер, взаємодію в системі «медичний працівник – організація» слід будувати за «принципом відданості». Друге місце серед лікарів посідає «принцип самореалізації», а серед медичних сестер – «принцип партнерства». Імовірним ризиком якості надання медичної допомоги можна вважати взаємодію, побудовану за «принципом розрахунку». 2. Показано, що респонденти усіх професійних груп (керівники УОЗ, лікарі, медичні сестри) вважають середню зарплату лікаря до 4000 грн недостатньою, демотивуючою, що робить її загрозою для якості надання медичної допомоги та дозволяє ідентифікувати її як кадровий ризик. 3. Визначено, що серед трьох стилів управління найвищим ризиком якості надання медичної допомоги є авторитарний стиль, на другому місці – ліберальний. Достовірної різниці в структурі відповідей респондентів різних професійних груп, за критерієм згоди Пірсона χ^2 , не виявлено ($P > 0,05$). 4. Встановлено, що найменш ризикованими для якості надання медичної допомоги, на думку респондентів усіх професійних груп, є реалізаторський та ситуативний стилі ухвалення управлінського рішення. Найвищу загрозу мають маргінальний та потуральний стилі, оскільки керівники самоусуваються від вирішення проблемних ситуацій, а також авторитарний стиль, що ґрунтується на жорсткій субординації, тотальному контролі та жорстких дисциплінарних заходах. 5. Доведено, що кадровими ризиками для якості надання медичної допомоги організаційно-управлінського генезу є взаємодія на основі принципу розрахунку в системі «медичний працівник – організація»; середня заробітна плата лікаря нижча за середню у промисловості; авторитарний стиль управління персоналом; маргінальний і потуральний стилі ухвалення управлінського рішення.

С п и с о к л і т е р а т у р и

1. Аминов А. А. Управление кадровыми рисками: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Москва, 2007. – 28 с.
2. Бадалова А. Г., Москвитин К. П. Управление кадровыми рисками предприятия // Рос. предпринимательство. – 2005. – Вип. 67, № 7. – С. 92–98.
3. Буланова Е. Н. Определение понятия кадрового риска // Управление персоналом. Ученые записки. Книга V / Под ред. проф. В. К. Потехина. – СПб: Изд-во Санкт-Петербург. академии управления персоналом, 2007. – 334 с.
4. Бурыкин И. М., Алеева Г. Н., Хафизьянова Р. Х. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи // Соврем. пробл. науки и образования – 2013. – № 1. – С. 12–20.
5. Вежновець Т. А. Вплив досвіду керівної роботи на стиль ухвалення управлінського рішення керівниками закладів охорони здоров'я // Лік. справа=Врачеб. дело. – 2013. – № 8. – С. 116–120.

6. Герчиков В. И. Типологическая концепция трудовой мотивации. Ч. 1 // Мотивация и оплата труда. – 2005. – № 2. – С. 53–62.
7. Князюк Н. Ф. Моделирование интегрированной системы управления рисками в медицинской организации // Мед. альманах «Организация здравоохранения и общественное здоровье». – 2011. – Вып. 15, № 2. – С. 9–13.
8. Кучеренко В. З., Эккерт Н. В. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики // Вестн. Рос. АМН. – 2012. – № 3. – С. 18–20.
9. Мадьянова В. В. Мотивация профессиональной деятельности врачей-педиатров (по материалам комплексного социологического исследования): Автореф. дис. ... канд. соц. наук. – Москва, 2005. – 24 с.
10. Маркова Е. В. Индивидуально-типологические закономерности связей стилей управленческих решений и их диагностика: Автореф. дис. ... канд. псих. наук. – Ярославль, 2006. – 36 с.
11. Митрофанова А. Е. Разработка методики управления кадровыми рисками в системе управления персоналом организации [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.naukovedenie.ru> // Журн. науковедение. – 2013. – № 1.
12. Самоукина Н. В. Лояльность персонала и кадровые риски [Электронный ресурс] // URL: <http://www.samoukina.ru/article> (дата обращения: 07.12.2012).
13. Середня заробітна плата за видами економічної діяльності промисловості за місяць у 2014 р. [Электронный ресурс] // <https://ukrstat.org/uk>.
14. Слабкий Г. А., Пархоменко Г. Я. Отношение медицинских работников детских больниц к уровню материального вознаграждения и стимулированию эффективной работы // Со-врем. педиатрия. – 2011. – № 6. – С. 36–39.
15. Слободской А. Л. Риски в управлении персоналом: Учеб. пособие / Под ред. проф. В. К. Потёмкина. – СПб: Изд-во СПбГУЭФ, 2011. – 155 с.
16. Старобинський Е. Е. Як управляти персоналом. – Москва: Бізнес-школа «Інтел-Синтез», 1999. – 384 с.
17. Сыздыкова А. М., Тургамбаева А. К., Карибеков Т. С. Управление рисками в системе здравоохранения // Клин. медицина Казахстана. – 2014. – Вып. 33, № 3. – С. 13–16.
18. Цветкова И. И. Классификация кадровых рисков // Экономика и управление. – 2009. – № 6. – С. 38–43.
19. Щёкин Г. В. Основы кадрового менеджмента: Учебник. – К.: МАУП, 2004. – 280 с.

КАДРОВЫЕ РИСКИ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Т. А. Вежновец (Киев)

В статье исследованы кадровые риски организационно-управленческого генеза, которые могут негативно влиять на качество оказания медицинской помощи. Проведён опрос 257 медицинских работников учреждений здравоохранения Киева и Херсона. Установлено, что к кадровым рискам организационно-управленческого генеза относятся авторитарный стиль управления персоналом, маргинальный и попустительский стиль принятия управленческого решения, взаимодействие на основе принципа расчёта в системе «медицинский работник – организация», средняя зарплата врача ниже средней зарплаты в промышленности. Указанные кадровые риски необходимо учитывать при разработке эффективной системы риск-менеджмента в учреждениях здравоохранения.

Ключевые слова: кадровые риски, качество оказания медицинской помощи, риск-менеджмент.

PERSONNEL RISKS OF ORGANIZATIONAL AND MANAGERIAL ORIGINS IN HEALTH CARE INSTITUTES

T. A. Vezhnovets' (Kyiv, Ukraine)

Department of Health Care Management Bogomolets National Medical University

The article explores the risks of organizational and managerial origins, which can negatively affect the quality of medical care. 257 medical personnel of health care institutions of Kyiv and Kherson were surveyed. It is established that these risks include: the authoritarian style of personnel

management, marginal style and connivance in making managerial decisions, interaction in the system “medical worker – organization” on the basis of calculation, the average salary of a doctor is lower than average salary in the industry. These defined personnel risks must be considered in developing an effective system of risk management in health care institutions.

Key words: personnel risks, quality of medical care, risk management.