

Котлик А. В.

*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту та бізнесу
Харківського національного економічного університету
імені Семена Кузнеця*

Гресь Г. О.

*аспірант кафедри менеджменту та бізнесу
Харківського національного економічного університету
імені Семена Кузнеця*

Kotlyk Andrii

*PhD in Economics, Associate Professor,
Associate Professor of Management and Business Department
Simon Kuznets Kharkiv National University of Economics*

Gres Georgiy

*PhD student of Management and Business Department
Simon Kuznets Kharkiv National University of Economics*

ПІДХІД ДО РОЗРОБКИ КОМПЛЕКСУ КЛЮЧОВИХ ПОКАЗНИКІВ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ І ЙОГО ІНТЕГРАЦІЇ З СИСТЕМОЮ МОТИВАЦІЇ

Анотація. В роботі запропоновано підхід до розробки комплексу ключових показників ефективності діяльності приватних медичних закладів і інтеграції такого комплексу показників з системою мотивації персоналу. Запропонований підхід включає шість етапів: вибір посад, для яких буде розроблено комплекс показників; складання широкого переліку ключових показників ефективності; вибір обмеженої кількості ключових показників ефективності для кожної з посад; визначення відносної важливості обраних показників; визначення формату вимірювання обраних ключових показників ефективності; побудова комплексу ключових показників ефективності для конкретних посад працівників приватних медичних закладів. Обраний підхід реалізовано для посад лікаря, медичної сестри і адміністратора медичного закладу із розробкою шкал, за якими має розраховуватися змінна частина оплати праці.

Ключові слова: ключовий показник ефективності, система мотивації персоналу, матеріальна мотивація, змінна частина оплати праці, мотивація персоналу медичних закладів.

Вступ та постановка проблеми. Комплекс ключових показників оцінки ефективності діяльності (або ж спрощено – ключових показників ефективності від англ. Key Performance Indicators – KPI) грає безумовно важливу роль в системі управління будь-якого підприємства, адже уможливило точний, квантифікований зворотній зв'язок, що стає основою розробки раціональних, зважених і обґрунтованих управлінських рішень. Проте в науковій літературі й у практичній царині досі тривають дискусії щодо обсягу і змісту такого комплексу показників, що, з одного боку, має комплексно, всебічно і повно описувати діяльність підприємства, а з іншого – не перевантажувати осіб, що приймають рішення, зайвою інформацією.

Питання щодо обсягу і змісту комплексу ключових показників оцінки ефективності діяльності підприємства ще більше ускладнюється, коли мова заходить про його інтеграцію до системи мотивації персоналу. Перш за все, така інтеграція вимагає ще більшого обмеження кількості показників, а отже, і більш ретельного їх відбору. Крім того, виникає вимога вибору таких показників, значення яких складніше маніпулювати, що в протилежному випадку може призвести до штучного підвищення рівня мотиваційних виплат працівникам.

Певну специфіку має означена проблема у сфері надання платних медичних послуг: з одного боку, як і будь-яке комерційне підприємство, медична клініка прагне підвищити власний прибуток, що вимагає мотивації працівників на залучення більшої кількості пацієнтів, підвищення середнього чеку тощо. З іншого боку, в сфері

охорони здоров'я дуже важливе місце посідають етичні аспекти надання медичних послуг, адже, за великим рахунком, завдання лікаря – зробити так, щоб пацієнт звертався до нього якомога рідше, що створює очевидні протиріччя з суто комерційними цілями діяльності клініки.

Все вищезазначене обумовлює актуальність і гостроту проблеми розробки комплексу ключових показників оцінки ефективності діяльності підприємств, у тому числі медичних закладів, її інтеграції з системою мотивації персоналу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Безумовно, проблеми вимірювання окремих аспектів економічної активності суб'єктів господарювання є дуже давніми. Дослідники історії цього питання вважають, що вимірювання у бізнесі виникли у зв'язку з використанням грошей, і відбулося це в Месопотамії наприкінці IV тисячоліття до н. е. Щодо вимірювання власне ефективності окремих бізнес-операцій відомо, що венеціанські купці активно вимірювали ефективність окремих торговельних експедицій як різницю між отриманими і витраченими коштами [1].

Суттєвий внесок у вирішення проблеми вимірювання окремих аспектів ефективності діяльності підприємства внесли роботи засновника теорії наукового менеджменту Ф. Тейлора [2] і його однодумців і послідовників [3]. Приблизно у той же час – на початку XX ст. – більш широкий погляд на вимірювання ефективності представив У. Аллен [4]. Упродовж XX сторіччя методологія вимірювання ефективності діяльності організацій зазнала бурхливого розвитку, одним із визначних етапів якого стала розробка Д. Нортоном і Р. Капланом теорії збалансованої системи

показників [5]. Надалі численні вітчизняні й зарубіжні вчені, серед яких В. Івлєв, М. Кизим, А. Котлик, Т. Лепейко, Л. Малярець, Л. Мейсель, П. Нівен, Е. Нілі, Н.-Г. Ольве, К. Рамперсад, М. Хорват, розширювали і методологічно доповнювали модель збалансованої системи показників, тоді як інші вчені (серед яких К. Мак-Найр, Р. Лінч і К. Кросс, К. Адамс і П. Робертс, тощо [6; 7]) пропонували власні моделі побудови системи показників.

З часом модель збалансованої системи показників стала «золотим стандартом» з-серед підходів до формування комплексу показників оцінки ефективності діяльності підприємства, адже дозволяє підприємствам узгодити стратегію з реальною повсякденною діяльністю; зробити стратегічні цілі більш зрозумілими для працівників усіх рівнів (управлінського і виконавчого) і спрямовувати їх діяльність на досягнення таких цілей; встановити чітку, регулярну систему зворотного зв'язку для відстеження прогресу в досягненні стратегічних цілей; сфокусувати діяльність виконавців на найбільш важливих напрямках діяльності з точки зору досягнення стратегічних цілей, тощо. Автори моделі [8] й інші вчені, що працювали над проблемою розробки і впровадження збалансованої системи показників на підприємствах [9; 10], виробили принципи формування такої системи показників, з-серед яких можна виділити такі: відповідність системи показників стратегії підприємства; адаптованість системи показників до конкретних умов діяльності підприємства; повнота і комплексність системи показників, її збалансованість з точки зору включення до неї як фінансових, так і нефінансових показників; як результатів діяльності, так і факторних показників; як узагальнених, так і деталізованих показників, тощо; наявність можливості регулярного розрахунку показників, що входять до системи, з точки зору як інформаційного, так і методичного забезпечення; простота розрахунку (за можливості); обмежена кількість показників.

До речі, останній принцип є таким, що, з одного боку, суттєво ускладнює вибір КРІ, а з іншого боку – суттєво урізноманітнює варіанти такого вибору, роблячи неможливим формування універсальної системи показників, що однаковою мірою задовольняла би потреби всіх підприємств, навіть однієї галузі. Це робить дослідження, присвячені пошуку оптимальної за тих чи інших умов комбінації КРІ, завжди актуальними.

Звісно, робилися численні спроби розробки і впровадження системи показників оцінки ефективності підприємств і установ сфери охорони здоров'я. Це питання розглядав навіть піонер у галузі оцінки ефективності діяльності підприємств – У. Аллен [4, с. 83–112]. Відповідні дослідження ведуться й сьогодні [11; 12; 13; 14], проте основна проблема – розробка комплексу показників обмеженої кількості – залишається невирішеною.

Більш того, автори концепції збалансованої системи показників [8] вважають за необхідне не обмежуватися розробкою системи показників (стратегічної карти) лише для верхнього – корпоративного рівня підприємства. Натомість пропонується здійснювати каскадування збалансованої системи показників, тобто розробку системи

показників для складових компанії – підрозділів і окремих співробітників – на основі стратегічної карти верхнього рівня. При цьому кількість показників при русі від верхнього до нижнього до збалансованої системи показників має кратно зменшуватися [8; 9]. Проте більшість праць, присвячених питанню формування системи показників оцінки ефективності діяльності підприємства, фокусуються саме на комплексі показників верхнього рівня, що є недостатнім для вироблення дієвих механізмів спрямування повсякденної діяльності працівників на досягнення стратегічних цілей підприємства (установи, організації), у тому числі розробки відповідної системи мотивації персоналу.

Мета статті – дослідження теоретико-практичних аспектів і розробка рекомендацій з формування комплексу ключових показників оцінки ефективності діяльності приватних медичних закладів з метою її інтеграції з системою мотивації персоналу.

Результати дослідження. Перш за все, слід зауважити, що сьогодні структура оплати праці як в економіці України в цілому, так і у сфері охорони здоров'я, дещо змінюється. До такого висновку можна дійти, вивчивши дані щодо структури фонду оплати праці штатних працівників, які наводить Державна служба статистики України (Укрстат) [15]. Дані Укрстату наведено на кварталній основі, що не надає можливості окремо дослідити динаміку структури фонду оплати праці штатних працівників, адже містить вплив фактору сезонності. Щоб позбутися впливу цього фактору, автором розраховано структуру фонду оплати праці штатних працівників у річному вимірі шляхом зважування кварталних даних на розмір фонду оплати праці. Отримані дані для економіки України в цілому наведено в таблиці 1.

Як бачимо, в структурі фонду оплати праці штатних працівників в Україні домінує основна заробітна плата, яка згідно Інструкції зі статистики заробітної плати [16] включає «нарахування винагороди за виконану роботу відповідно до встановлених норм праці». На другому місці знаходиться додаткова заробітна плата, що включає «доплати, надбавки, гарантійні і компенсаційні виплати, передбачені чинним законодавством, премії», тобто має більш варіативний характер і більшою мірою залежить від результатів праці. У той же час, додаткова заробітна плата частіше включає і такі складові, що напряму не залежать від результатів діяльності працівників, наприклад, вартість безоплатно наданих працівникам житла, комунальних послуг, виплати за дні перебування в дорозі до місця роботи, виплати за роботу у важких і шкідливих умовах тощо.

Найменшу з частку в структурі фонду оплати праці складають інші заохочувальні та компенсаційні виплати, які «винагороди та премії, які мають одноразовий характер, компенсаційні та інші грошові й матеріальні виплати, які не передбачені актами чинного законодавства або які провадяться понад встановлені зазначеними актами норми» [16]. Ця частина фонду оплати праці є найбільш варіативною та призначена для прямого стимулювання працівників за їх досягнення.

Таблиця 1

Структура фонду оплати праці штатних працівників в економіці України за період 2017–2021 рр.

Складові фонду оплати праці	Частка у фонді оплати праці, %				
	2017	2018	2019	2020	2021
Фонд основної заробітної плати	58,4	57,5	57,1	56,6	57,1
Фонд додаткової заробітної плати	36,1	36,9	37,2	37,7	37,1
Інші заохочувальні та компенсаційні виплати	5,5	5,6	5,6	5,7	5,8

Джерело: розраховано авторами за даними [15]

Структура фонду оплати праці штатних працівників у сфері охорони здоров'я в Україні за період 2017–2021 рр.

Складові фонду оплати праці	Частка у фонді оплати праці, %				
	2017	2018	2019	2020	2021
Фонд основної заробітної плати	56,2	55,0	53,7	49,1	47,6
Фонд додаткової заробітної плати	38,0	39,0	40,3	44,8	46,1
Інші заохочувальні та компенсаційні виплати	5,7	6,0	6,0	6,2	6,3

Джерело: розраховано за даними [15]

Отже, додаткова заробітна плата й інші заохочувальні та компенсаційні виплати містять змінну частину оплати праці, і по їх частці в структурі фонду оплати праці можна непрямим судити про те, наскільки суттєвою є змінна частина оплати праці на підприємстві, що напряму визначається результатами (ефективністю) праці того чи іншого працівника.

Як це можна побачити з таблиці 1, частка основної заробітної плати у структурі фонду оплати праці штатних працівників в економіці України у період з 2017 по 2020 рр. неухильно скорочувалася (з 58,4% до 56,6%), а у 2021 р. повернулася до рівня 2018 р. – 57,1%. В цілому є можна зауважити тенденцію до повільного зростання частки більш варіативних складових фонду оплати праці, причому як додаткової заробітної плати, так й інших заохочувальних та компенсаційних виплат.

Відповідний аналіз структури фонду оплати праці штатних працівників у сфері охорони здоров'я наведено в таблиці 2.

Як бачимо, тенденції структури фонду оплати праці штатних працівників у сфері охорони здоров'я за напрямом збігаються з відповідними тенденціями для економіки України в цілому, проте є набагато більш динамічними: так, частка основної заробітної плати у структурі фонду оплати праці штатних працівників у сфері охорони здоров'я в Україні у період з 2017 по 2021 рр. неухильно скорочувалася з 56,2% до 47,6%. Більш того, можна побачити, що в структурі фонду оплати праці відбувся злам: якщо ще у 2019 р. основна заробітна плата складала більше половини фонду оплати праці, то у 2020 р. вона впала до менш ніж 50%, і ця тенденція ще більш закріпилася в 2021 р.

Отже, аналіз таблиць 1 і 2 свідчить, що як в Україні в цілому, так і – особливо – у сфері охорони здоров'я спостерігається тенденція до скорочення частки основної заробітної плати як винагороди за виконану роботу відповідно до встановлених норм у структурі фонду оплати

праці, і, навпаки, зростає частка складових фонду оплати праці, призначених для стимулювання працівників за їх досягнення. Це означає, що проблема розробки комплексу КРІ підприємств, установ і організацій, особливо в галузі охорони здоров'я, а також інтеграції такого комплексу показників з системою мотивації (особливо матеріальної) набуває все більшої актуальності.

Для вирішення цієї проблеми на прикладі приватних медичних закладів автором було проведено дослідження, що включало кілька етапів.

На першому етапі було проаналізовано структуру персоналу приватних медичних закладів і виявлено, що найбільшу частку в структурі персоналу складають лікарі, молодший медичний персонал, адміністратори (або працівники кол-центрів у закладах більшого розміру). Саме ці посади і було обрано для подальшого дослідження.

На другому етапі на основі аналізу наукової літератури [9; 10; 12; 13; 14] було виявлено показники, що рекомендуються до включення у склад системи показників оцінки ефективності підприємств, у тому числі медичних закладів.

На третьому етапі було залучено п'ятьох експертів (працівників приватних медичних закладів, що мають досвід роботи на керівних посадах таких закладів не менше трьох років), які методом ранжування виділили обмежену кількість (по 5) КРІ для представників кожної з посад, обраних на першому етапі.

На четвертому етапі, також із залученням експертів, було проведено визначення відносної важливості обраних показників за допомогою методу аналізу ієрархій [17]. Надалі результати визначення відносної важливості було усереднено за експертами, і було вилучено показники, що мають несуттєву відносну важливість (менше 0,1).

На п'ятому етапі було визначено формат вимірювання КРІ. Для цього було проведено аналіз наукової літератури [9; 10; 12; 13; 14; 17; 19] та виявлено переваги і недоліки найбільш розповсюджених форматів (таблиця 3).

Таблиця 3

Переваги і недоліки найбільш розповсюджених форматів вимірювання КРІ

Формат КРІ	Приклад	Переваги	Недоліки
Абсолютне значення показника	Оплата за кожного залученого клієнта	Простота фіксації і вимірювання Прямий мотивуючий вплив	Не враховує зміну умов праці й кваліфікації працівників Працівники іноді можуть маніпулювати значенням показника
Відсоток від базового показника	Виплата відсотка від доходу від реалізації, отриманого завдяки працівнику	Простота фіксації і вимірювання Прямий мотивуючий вплив	Не враховує зміну умов праці й кваліфікації працівників Працівники іноді можуть маніпулювати значенням базового показника і зловживати
Відсоток виконання плану	Оплата за відсоток виконання плану з доходу від реалізації	Враховує зміну умов праці й кваліфікації працівників	Ризик необґрунтованості планових значень показника
Бальна оцінка	Рівень задоволеності клієнта	Можливість врахувати комплексну характеристику	Складність розрахунку Незрозумілість для працівника

Джерело: складено авторами на основі [9; 10; 12; 13; 14; 18]

На шостому етапі розроблено рекомендації з розробки системи показників для представників кожної з посад, обраних на першому етапі з урахуванням результатів, отриманих на попередніх етапах дослідження.

При цьому слід зазначити, що побудова системи мотивації на основі комплексу ключових показників ефективності передбачає виділення змінної (стимулюючої) частини оплати праці, яка буде залежати від ступеня ефективності (результативності) діяльності працівника відповідно до комплексу ключових показників. Отже, перш за все необхідно виділити постійну і змінну частину фонду оплати праці. Саме змінна частина має повністю визначатися результатами праці, оцінюваними через КРІ.

Існують різні точки зору ефективного співвідношення постійної і змінної частини оплати праці. Так, що Ф. Тейлор вважав, що змінна частина має складати не менш ніж 30% від заробітної плати працівника – в іншому випадку її мотивуючий вплив буде незначним [2].

Отже, коли це доцільно, у якості базового ми пропонуємо розподіл, запропонований Ф. Тейлором: 70% розміру оплати праці має складати фіксована частка, а 30% – змінна. Зрозуміло, що розмір, а отже і частка змінної частини оплати праці буде змінюватися в залежності від результативності (ефективності) діяльності працівника, тому базова пропорція між постійною і змінною частиною оплати праці (70:30) буде зустрічатися лише у випадку досягнення працівником планових значень КРІ. Якщо планові значення показників будуть перевищені, то розмір змінної частини оплати праці пропорційно зростає, а отже збільшиться і її частка. Навпаки, при недосягненні планових значень КРІ розмір і частка змінної частини оплати праці скоротяться. В окремих випадках змінна частина заробітної плати може бути значно вищою за постійну, або ж постійної частини заробітної плати може взагалі не бути.

Отже, надамо пропозиції щодо комплексу КРІ для лікаря (на прикладі сімейного лікаря) й побудови системи мотивації його праці.

Систему мотивації сімейного лікаря доцільно будуватися на основі відсотку від доходу, отриманого від обслуговування пацієнтів саме цим лікарем. При цьому розмір такого відсотку має складатися з постійної і змінної частини.

Постійна частина відсотку від доходу, отриманого від обслуговування пацієнтів лікарем, залежить від політики конкретного медичного закладу, а також від того, чи є у лікаря медична сестра (асистент). Пропонуємо у якості прикладу прийняти постійну частину відсотку від доходу за 20%.

Змінна частина відсотку від доходу, отриманого від обслуговування пацієнтів лікарем, визначається виконан-

ням плану у розрізі наступних ключових показників ефективності (у порядку зменшення пріоритетності):

- 1) виконання протоколу прийому пацієнта;
- 2) кількість обґрунтованих скарг пацієнтів;
- 3) направлення пацієнтів до інших лікарів медичного закладу;
- 4) стаж роботи у медичному закладі.

Протокол прийому пацієнта містить вимоги щодо дій лікаря у тій чи іншій ситуації. Якщо лікар не виконав необхідну кількість дій діагностичного або лікувального характеру, протокол прийому пацієнта буде виконано не на 100%. В таблиці 4 наведено шкалу розрахунку змінної частини відсотку від доходу, отриманого від обслуговування пацієнтів лікарем, відповідно від ступеня виконання протоколу.

Наступним КРІ лікаря є кількість обґрунтованих скарг пацієнтів. До розрахунку приймаються скарги пацієнтів стосовно якості обслуговування лікарем, доцільності призначення діагностичних чи лікувальних процедур, тощо, які були визнані обґрунтованими відповідно до прийнятих у медичному закладі процедур. Пропонується скорочувати розмір змінної частини відсотку від доходу, отриманого від обслуговування пацієнтів лікарем, на 0,5% за кожну обґрунтовану скаргу.

Політикою більшості з приватних медичних закладів, керівні працівники яких брали участь у даному дослідженні як експерти, передбачається направлення пацієнтів сімейним лікарем до інших лікарів медичного закладу. У цьому випадку можливо або окремо виплачувати лікарю, що видав таке направлення, бонус у розмірі певного відсотку від доходу, отриманого від прийому направленого ним пацієнта іншим лікарем, або ж встановити додаткову надбавку до відсотку від доходу, отриманого від обслуговування власних пацієнтів таким лікарем. У другому випадку розмір отримуваної винагороди лікарем, який направляє пацієнта до іншого лікаря медичного закладу, може бути меншою, але вона і не буде стимулювати лікаря до надмірного, необґрунтованого направлення пацієнтів до інших лікарів медичного закладу.

У другому випадку має бути розроблена відповідна шкала, що наведена в таблиці 5. Отримана шкала носить прогресивний характер, адже при досягненні значного відсотку пацієнтів, направлених до інших лікарів медичного закладу, подальше його збільшення стає дедалі складнішим.

Крім того, експерти (керівні працівники медичних закладів) вважають за доцільне стимулювати досвідчених лікарів якомога довше працювати у закладі, що робить необхідним введення доплати за стаж роботи у медичному

Таблиця 4

Рекомендована шкала розрахунку змінної частини відсотку від доходу, отриманого від обслуговування пацієнтів лікарем, залежно від ступеня виконання протоколу

Рівень виконання протоколу, %	Розмір бонусів за кожний відсоток перевищення нижньої межі інтервалу, %	Максимальний розмір бонусу, %
До 60	0	0
60–100	0,1	4

Таблиця 5

Рекомендована шкала розрахунку змінної частини відсотку від доходу, отриманого від обслуговування пацієнтів лікарем, залежно від направлення пацієнтів до інших лікарів медичного закладу

Відсоток пацієнтів, направлених до інших лікарів медичного закладу, %	Розмір бонусів за кожний відсоток перевищення нижньої межі інтервалу, %	Максимальний розмір бонусу, %	Бонус наростаючим підсумком, %
До 30	0	0	0
30–60	0,05	1,5	1,5
60–100	0,1	4	5,5

закладі (таблиця 6). Отже, у разі використання запропонованого комплексу ключових показників ефективності заробітна плата лікаря буде визначатися як відсоток від доходу, отриманого від обслуговування пацієнтів лікарем, а сама величина такого відсотку визначатиметься чотирма іншими КРІ.

Таблиця 6

Рекомендована шкала розрахунку змінної частини відсотку від доходу, отриманого від обслуговування пацієнтів лікарем, залежно від стажу

Стаж роботи, років	Розмір бонусу за стаж роботи, %
До 3-х	0
3–5	1
Понад 5	+0,1% за кожний рік

Якщо адаптувати запропоновану шкалу для лікарів інших спеціальностей, то зміни, у першу чергу, мають стосуватися таких аспектів:

1) постійна частина відсотку від доходу може бути встановлена як вище, так і нижче за 20%;

2) винагорода за направлення пацієнтів до інших лікарів медичного закладу може бути або взагалі скасована (тоді відповідно постійна частина відсотку від доходу може бути підвищена), або шкала для неї має бути переглянута.

Комплекс КРІ, що слугуватимуть для вимірювання результативності й ефективності діяльності асистента лікаря або медичної сестри та побудови системи мотивації їх праці, може будуватися на основі поєднання постійної та змінної частини оплати праці. У такому разі спочатку визначається нормальний розмір оплати праці асистента лікаря або медичної сестри, тобто розмір оплати праці, який працівник має отримати при досягненні запланованих значень показників ефективності. Наприклад, нормальний розмір оплати праці медичної сестри може становити 13500 грн [19]. Тоді в її складі виділяється постійна частина (70%, тобто 9500 грн – для зручності рекомендується заокруглювати значення) і змінна частина (30%, або 4000 грн). Ключовим показником ефективності може бути рівень виконання плану за доходом лікарем, у кабінеті якого працює медична сестра. Отримана шкала для розрахунку розміру змінної частини оплати праці медичної сестри наведена в таблиці 7. Як бачимо, розмір бонусів за кожний відсоток виконання плану за доходом понад 60% розраховано таким чином, щоб за 100% вико-

нання плану за доходом сумарний розмір бонусу досяг 4000 грн, а надалі збільшувався, але більшими темпами.

За схожою логікою пропонується будувати комплекс ключових показників ефективності й систему мотивації адміністратора медичного центру. При нормальному розмірі оплати праці адміністратора у 13500 грн постійна частина складе 70%, тобто 9500 грн, а змінна частина – 30%, або 4000 грн. Проте система мотивації адміністратора на двох показниках ефективності:

1) рівень виконання плану за доходом медичним закладом (або тим його підрозділом, за який несе відповідальність адміністратор);

2) якість обслуговування пацієнтів на етапі дзвінка та візиту.

Якість обслуговування пацієнтів на етапі дзвінка та візиту оцінюється щомісяця за бальною шкалою (наприклад, десятибальною) на основі вибіркового прослуховування дзвінків та/або за методом «таємного покупця». Бали нараховуються за комплексною шкалою, що включає оцінку різних аспектів спілкування з пацієнтом: привітання, нагадування про акції, коректний запис на прийом тощо.

Експертами було визначено відносну важливість вказаних КРІ. Зважаючи, що значення відносної важливості виявилися майже рівними, для зручності їх доцільно заокруглити до 0,5 кожний. Тоді за кожним із вказаних КРІ шкала має бути побудована таким чином, щоб при досягненні запланованих значень показників ефективності змінна частина оплати праці за кожним окремим показником складала 2000 грн. (0,5 * 4000 грн). Тоді шкала для розрахунку розміру змінної частини оплати праці адміністратора залежно від рівня виконання плану за доходом може виглядати наступним чином (таблиця 8).

Дещо по-іншому виглядатиме шкала для розрахунку розміру змінної частини оплати праці адміністратора залежно від якості обслуговування пацієнтів на етапі дзвінка та візиту (таблиця 9).

Отже, за високої якості обслуговування пацієнтів і перевиконання плану з доходів змінна частина заробітної плати адміністратора може навіть перевищити постійну.

З огляду на те, що розмір оплати праці змінюється з часом, доцільно побудувати шкали, наведені в таблицях 6–9, не в абсолютному, а у відносному вимірі. Тобто якщо 4000 грн становить 30% від нормального розміру оплати праці, то 100 грн (розмір бонусів за 1% перевищення нижньої межі інтервалу з таблиці 7) становить відповідно 0,75%, тощо. Подібний – відносний – формат представлення шкал дозволить зробити їх більш гнучкими, що

Таблиця 7

Рекомендована шкала розрахунку розміру змінної частини оплати праці медичної сестри

Рівень виконання плану за доходом лікарем, у кабінеті якого працює медична сестра, %	Розмір бонусів за кожний відсоток перевищення нижньої межі інтервалу, грн.	Максимальний розмір бонусу, грн
До 60	0	0
60–100	100	4000
Понад 100	200	не обмежується

Таблиця 8

Рекомендована шкала розрахунку розміру змінної частини оплати праці адміністратора залежно від рівня виконання плану за доходом

Рівень виконання плану за доходом медичним закладом або його підрозділом, %	Розмір бонусів за кожний відсоток перевищення нижньої межі інтервалу, грн.	Максимальний розмір бонусу, грн
До 60	0	0
60–100	50	2000
Понад 100	100	не обмежується

Рекомендована шкала розрахунку розміру змінної частини оплати праці адміністратора залежно від якості обслуговування пацієнтів (у разі використання 10-тибальної шкали)

Оцінка якості обслуговування пацієнтів, балів	Розмір бонусів за 1 бал перевищення нижньої межі інтервалу, грн.	Максимальний розмір бонусу, грн	Бонус наростаючим підсумком, грн
6	0	0	0
6–8	1000	2000	2000
8–10	2000	4000	6000

є важливим з огляду на зростання номінальної заробітної плати в Україні.

Висновки. Розробка комплексу ключових показників оцінки ефективності діяльності підприємства є доволі складним завданням з огляду на суперечливі вимоги щодо повноти такого комплексу і обмеженої кількості показників, що входять до його складу. Ще більш таке завдання ускладнюється при переході на нижній рівень ієрархії організації – рівень виконавців, де комплекс КРІ має бути інтегрований з системою мотивації персоналу. В роботі запропоновано підхід, який дозволяє розробити комплекс

КРІ для приватних медичних закладів і інтегрувати його з системою мотивації персоналу. Запропонований підхід включає шість етапів: аналіз структури персоналу приватних медичних закладів і вибір посад, для яких буде розроблено комплекс показників; теоретичний аналіз переліку показників, що рекомендуються до включення у склад комплексу КРІ; вибір обмеженої кількості КРІ; визначення відносної важливості обраних показників; визначення формату вимірювання обраних КРІ; розробка комплексу КРІ для конкретних посад працівників приватних медичних закладів.

Список використаних джерел:

1. Brudan A. Learning from practice – A brief history of performance measurement. URL: <https://www.performancemagazine.org/learning-from-practice-a-brief-history-of-performance-measurement/> (дата звернення: 10.04.2022).
2. Taylor F. W. The Principles of Scientific Management. NY : Harper & Brothers, 1911.
3. Шелдрейк Дж. Теория менеджмента: от тейлоризма до японизации. СПб. : Питер, 2001. 352 с.
4. Allen W. H. Efficient Democracy. NY : Dodd, Mead & Company, 1912. 346 p.
5. Kaplan R. S., Norton D. P. The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*. 1992. Vol. 70. No. 1. P. 71–79.
6. Лепейко Т. І., Котлик А. В. Сучасні підходи до виділення підсистем підприємства. *Концептуальні засади управління підприємством як економічною системою* : монографія / За заг. ред. к.е.н., доц. В. О. Коюда. Харків : Вид. ХНЕУ, 2007. С. 26–47.
7. Ивлев В., Попова Т. Balanced Scorecard – альтернативные модели. *Банки и технологии*. 2002. № 4. С. 35–36.
8. Каплан Р. С., Нортон Д. П. Сбалансированная система показателей. От стратегии к действию. 2-е изд., испр. и доп. Москва : ЗАО «Олимп-Бизнес», 2004. 320 с.
9. Ольве Н.-Г., Рой Ж., Ветер М. Оценка эффективности деятельности компании. Практическое руководство по использованию сбалансированной системы показателей. Москва : Изд. дом «Вильямс», 2003. 304 с.
10. Малярчук Л. М., Штеревря А. В. Збалансована система показників в оцінці діяльності підприємства : Наукове видання. Харків : Вид. ХНЕУ, 2008. 188 с.
11. Kollberg B., Elg M. H. The practice of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2011. Vol. 60(5). P. 427–445.
12. Алшарф І. А. М. Формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ : дис. ... канд. екон. наук : 08.00.04. Одеса, 2020. 239 с.
13. Баєва О. В., Білінська М. М., Жаліло Л. І. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : Кол. моногр. Київ : МАУП, 2007. 376 с.
14. Зурнаджянц Ю. А. Формирование аналитических показателей по направлениям деятельности медицинского учреждения. *Вестник АГТУ. Серия «Экономика»*. 2010. № 1. С. 178–187.
15. Структура фонду оплати праці штатних працівників за видами економічної діяльності за квартал. *Офіційний сайт Державної служби статистики України*. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/gdn/sfop/sfop_ek/sfop_ek_u.htm (дата звернення: 16.06.2022).
16. Про затвердження Інструкції зі статистики заробітної плати : Наказ Державного комітету статистики України № 5 від 13.01.2004 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0114-04#Text> (дата звернення: 14.04.2022).
17. Saaty T. The Analytic Hierarchy Process. NY : McGraw-Hill, 1980. 287 p.
18. Andersen B., Fagerhaug T. Root Cause Analysis: Simplified Tools and Techniques. Milwaukee : American Society for Quality, 2006. 237 p.
19. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України № 2 від 12 січня 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.04.2022).

References:

1. Brudan A. Learning from practice – A brief history of performance measurement. Available at: <https://www.performancemagazine.org/learning-from-practice-a-brief-history-of-performance-measurement>.
2. Taylor F. W. (1911) The Principles of Scientific Management. NY: Harper & Brothers.
3. Sheldrake J. (2001) *Teoriya menedzhmenta: ot tejlrorizma do yaponizacii* [Management Theory: From Taylorism to Japanization]. Saint Petersburg: Piter. (in Russian)

4. Allen W. H. (1912) *Efficient Democracy*. NY: Dodd, Mead & Company.
5. Kaplan R. S., Norton D. P. (1992) The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, vol. 70, no. 1, pp. 71–79.
6. Lepeiko T. I., Kotlyk A. V. (2007) Suchasni pidkhody do vydilennia pidsystem pidprijemstva [Modern approaches to the allocation of enterprise subsystems]. *Kontseptualni zasady upravlinnia pidprijemstvom yak ekonomichnoiu systemoiu* [Conceptual principles of enterprise management as an economic system] / V. O. Koiuda (Ed.). Kharkiv: Vyd. KhNEU. (in Ukrainian)
7. Ivlev V., Popova T. (2002) Balanced Scorecard – al'ternativnye modeli [Balanced Scorecard – alternative models]. *Banki i tekhnologii* [Banks and technologies], no. 4, pp. 35–36. (in Russian)
8. Kaplan R. S., Norton D. P. (2004) *Sbalansirovannaya sistema pokazatelej. Ot strategii k dejstviyu* [The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action] (2nd ed., rev.). Moscow: ZAO «Olimp-Biznes». (in Russian)
9. Ol've N.-G., Roj Zh., Veter M. (2003) *Ocenka effektivnosti deyatelnosti kompanii. Prakticheskoe rukovodstvo po ispol'zovaniyu sbalansirovannoj sistemy pokazatelej* [Performance Drivers: A Practical Guide to Using the Balanced Scorecard]. Moscow: Izd. dom “Vil'yams”. (in Russian)
10. Maliarets L. M., Shtereveria A. V. (2008) *Zbalansovana sistema pokaznykiv v otsintsi diialnosti pidprijemstva* [A balanced system of indicators in the assessment of enterprise activity]. Kharkiv: Vyd. KhNEU. (in Ukrainian)
11. Kollberg B., Elg M. H. (2011) The practice of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 60(5), pp. 427–445.
12. Alsharf I. A. M. (2020) Formuvannia mekhanizmu upravlinnia efektyvnistiu diialnosti medychnykh pidprijemstv ta ustanov [Formation of the efficiency management mechanism of medical enterprises and institutions]. *Candidate's thesis*. Odesa. (in Ukrainian)
13. Baieva O. V., Bilynska M. M., Zhalilo L. I. (2007) *Upravlinnia pidprijemnytskoiu diialnistiu v haluzi okhorony zdorovia* [Management of entrepreneurial activity in the field of health care]. Kyiv: MAUP. (in Ukrainian)
14. Zurnadzh'yanc Yu. A. (2010) Formirovanie analiticheskikh pokazatelej po napravleniyam deyatelnosti medicinskogo uchrezhdeniya [Formation of analytical indicators in the areas of activity of a medical institution]. *Vestnik AGTU [Bulletin of ASTU]. Series «Economics»*, no. 1, pp. 178–187. (in Russian)
15. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy [State Statistics Service of Ukraine] (2022) *Struktura fondu opłaty pratsi shtatnykh pratsivnykiv za vydamy ekonomichnoi diialnosti za kvartal* [The structure of the wage fund of full-time employees by types of economic activity for the quarter]. Available at: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/gdn/sfop/sfop_ek/sfop_ek_u.htm (in Ukrainian)
16. Pro zatverdzhennia Instruksii zi statystyky zarobitnoi platy: Nakaz Derzhavnoho komitetu statystyky Ukrainy № 5 vid 13.01.2004 r. [On approval of the Instruction on salary statistics. Order of the State Statistics Committee of Ukraine No. 5 from January 13, 2004]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0114-04#Text> (in Ukrainian)
17. Saaty T. (1980). *The Analytic Hierarchy Process*. NY: McGraw-Hill.
18. Andersen B., Fagerhaug T. (2006) *Root Cause Analysis: Simplified Tools and Techniques* (2nd ed.). Milwaukee: American Society for Quality.
19. Deiaki pytannia opłaty pratsi medychnykh pratsivnykiv zakladiv okhorony zdorov'ia: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 2 vid 12 sichnia 2022 r. [Some issues of remuneration of medical workers of health care institutions. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 2 from January 12, 2022]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2022-%D0%BF#Text> (in Ukrainian)

APPROACH TO DEVELOPMENT OF A COMPLEX OF KEY PERFORMANCE INDICATORS FOR PRIVATE MEDICAL INSTITUTIONS AND ITS INTEGRATION WITH THE MOTIVATION SYSTEM

Summary. Rational management of any enterprise is impossible without the use of a set of indicators that measure the effectiveness and efficiency of its activities (key performance indicators). Competently built, a set of key performance indicators allows to monitor progress in achieving the strategic and tactical goals of the enterprise, to clearly communicate such goals to employees at all levels (managerial and executive), as well as to direct employees' activities to achieve such goals. To achieve the last task, the set of key performance indicators of the enterprise must be integrated with the personnel motivation system, which is a rather difficult task that does not have a universal solution. The paper proposes an approach to the development of a set of key performance indicators of private medical institutions and the integration of such a set of indicators with the personnel motivation system. The proposed approach includes six stages: selection of positions for which a set of key performance indicators and a corresponding system of material motivation will be developed; drawing up, based on the analysis of special literature, a list of key performance indicators that can be used to evaluate the effectiveness and to motivate the personnel working in certain positions in private medical institutions; ranking and selection of a limited number of key performance indicators for each position; determination of the relative importance of the selected indicators for each of the positions by the analytical hierarchy process; determination of the measurement format of selected key performance indicators; development of a complex of key performance indicators for specific positions of employees of private medical institutions. The selected approach was implemented for the positions of doctor, nurse and administrator of a medical institution with the development of scales, according to which the variable part of the salary should be calculated. A relative format of presentation of the scales for key performance indicators is described. Relative format makes it possible to make scales more flexible, which is important due to the growth of nominal wages in Ukraine.

Key words: key performance indicator, personnel motivation system, material motivation, variable part of remuneration, personnel motivation in medical institutions.