

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Хана Дениса Владиславовича

академічної групи 281М-21з-5 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Розвиток державної кадрової політики України у сфері охорони здоров'я»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Квітка С.А.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневська О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Розвиток державної кадрової політики України у сфері охорони здоров'я».

87 стор., 4 табл., 9 рис., 57 джерел.

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ДЕРЖАВНА КАДРОВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ, ОРГАНИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ, ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЯ КАДРІВ, ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, які складаються у процесі розробки та реалізації державної кадрової політики.

Предмет дослідження – розвиток державної кадрової політики України у сфері охорони здоров'я.

Мета дослідження – характеристика сучасного стану державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні та окреслення перспектив її розвитку.

У першому розділі досліджується державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я та нормативно-правове забезпечення кадрової політики у сфері охорони здоров'я України.

Другий розділ присвячено проблемам державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Проведено аналіз міжнародних підходів до кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.

У третьому розділі надані перспективні напрями розвитку вітчизняної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

Сфера практичного застосування результатів роботи – державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я, комплексне дотримання запропонованих у роботі заходів забезпечить якість державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я та прихід нової генерації дійсно висококваліфікованих кадрів, котрі будуть спроможні результативно вирішувати складні питання в цей такий не простий для нашої країни час.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Development of the state personnel policy of Ukraine in health care»

87 pages, 9 figures, 4 tables, 57 sources.

HEALTH CARE SYSTEM, PUBLIC PERSONNEL POLICY IN THE FIELD OF HEALTH CARE, INDUSTRY REFORM, PUBLIC ADMINISTRATION BODIES, PERSONNEL PROFESSIONALIZATION, WORLD HEALTH CARE ORGANIZATION.

The object of the study is social relations that are formed in the process of developing and implementing the state personnel policy.

The subject of the study is the development of the state personnel policy of Ukraine in the field of health care.

The purpose of the study is to characterize the current state of the state personnel policy in the field of health care in Ukraine and outline the prospects for its development.

The first chapter examines the state personnel policy in the field of health care and the regulatory and legal support of the personnel policy in the field of health care of Ukraine.

The second chapter is devoted to the problems of the state personnel policy in the field of health care. An analysis of international approaches to personnel provision in the field of health care was carried out.

In the third section, promising directions for the development of the domestic state personnel policy in the field of health care are given.

The field of practical application of the results of the work is the state personnel policy in the field of health care, comprehensive compliance with the measures proposed in the work will ensure the quality of the state personnel policy in the field of health care and the arrival of a new generation of truly highly qualified personnel who will be able to effectively solve complex issues in this this is not an easy time for our country.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: сутність понять .	8
1.2. Нормативно-правове забезпечення кадрової політики у сфері охорони здоров'я України	18
РОЗДІЛ 2	
СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	28
2.1. Проблеми державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я	28
2.2. Аналіз міжнародних підходів до кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.....	53
РОЗДІЛ 3	
ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ВІТЧИЗНЯНОЇ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	61
3.1. Перспективи зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я.....	61
3.2. Шляхи удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я у відповідності до європейського вектору розвитку України	74
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88

ВСТУП

У сучасних українських реаліях основою формування успішного суспільства як ключового напрямку суспільно-економічного розвитку є кадровий потенціал. Головна роль при цьому відводиться державному регулятору, що спроможний підвищити конкурентоспроможність фахівця будь якої галузі на ринку праці. Не є виключенням й система охорони здоров'я. У таких умовах перед системою охорони здоров'я постає достатньо серйозне питання забезпечення країни достойними фахівцями, що можуть стати каталізаторами та регуляторами успішних трансформацій у медичній галузі, на що має бути зорієнтована відповідна державна кадрова політика.

Водночас ті виклики, що постають наразі перед Україною у різних суспільних сферах, зокрема й у сфері охорони здоров'я, зумовлюють необхідність пошуку кардинально нових підходів до формування ефективної державної кадрової політики.

Враховуючи те, що державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я є одним із важливих інструментів реформування цієї сфери, вона повинна враховувати сучасний стан країни й потреби населення, спиратися на іноземний та власний історичний досвід, а також передбачати реальні перспективи розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я, використовувати наукові знання та практичний досвід у галузі медицини й управління.

За час повномасштабного вторгнення росії в Україну, за даними Міністерства охорони здоров'я, окупанти вбили щонайменше 18 медичних працівників і серйозно поранили 56. Рашисти пошкодили 884 медзаклади, з яких 123 – повністю зруйнували. Обстрілами окупанти вивели з ладу 87 машин швидкої допомоги, 241 авто захопили, а також пошкодили близько 450 аптек.

Попри те, що ворог цілеспрямовано знищує медичну інфраструктуру, українська система охорони здоров'я працює та трансформується відповідно до потреб, які постали під час війни.

«Ми обов'язково відновимо те, що зруйнувала країна-агресор. Кожну лікарню, кожну амбулаторію. Але головне – робота над відновленням людини, її ментального та фізичного благополуччя. Бо війна довела: найцінніше – це люди, наші громадяни, ті, хто віддано її захищає, підтримує і працює на нашу спільну перемогу. Відновимо людину – людина відновить все!» – сказав міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко [34].

На жаль, існуюча державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я є неефективною, оскільки повсюдно в країні відчувається дефіцит кваліфікованих фахівців цієї галузі, не забезпечується пріоритет інтересів пацієнтів, не забезпечується якість і доступність послуг сфері охорони здоров'я. Тому грамотна розробка й ефективна і результативна реалізація цієї політики є одним із першочергових завдань України.

Все вищенаведене свідчить про значну актуальність теми дослідження та визначає його цільову спрямованість.

Загальні питання політики і державної кадрової політики у своїх наукових працях досліджували Т. П. Авраменко, М. М. Білинська, З. С. Гладун, Ю. В. Ковбасюк, В. М. Олуйко, В. В. Ровенська та ін. Безпосередньо проблематиці державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я та її нормативно-правовому забезпеченню присвячені роботи Н. О. Васюка, І. С. Демченка, Н. М. Коби, В. В. Короленка, О. О. Левицької, Я. Ф. Радиша, Т. В. Савіної й ін. Однак, незважаючи на значну кількість наукових напрацювань, присвячених досліджуваній темі, практично відсутні наукові роботи стосовно розробки перспективних напрямів розвитку вітчизняної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

Об'єктом даного дослідження є суспільні відносини, які складаються у процесі розробки та реалізації державної кадрової політики.

Предмет дослідження – розвиток державної кадрової політики України у сфері охорони здоров'я.

Метою роботи є характеристика сучасного стану державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні та окреслення перспектив її розвитку.

Зазначена вище мета досягається постановкою таких завдань:

- проаналізувати сутність понять державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- здійснити системний аналіз правових та соціально-економічних аспектів кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України;
- дослідити стан та виявити проблеми державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- вивчити міжнародний досвід кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я;
- визначити перспективні напрями розвитку вітчизняної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- запропонувати науково обґрунтовані шляхи удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я у відповідності до європейського вектору розвитку України.

Методологічним підґрунтям даної роботи є сукупність загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. Безпосередньо методи структурного аналізу та синтезу були використані при відборі наукової інформації за темою магістерської роботи. Формально-логічний метод використовувався при визначенні основних понять дослідження. За допомогою порівняльно-правового методу узагальнено нормативно-правове регулювання державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

Застосування причинно-наслідкового аналізу та методу групування дало можливість виявити проблеми державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я та запропонувати дієві способи їх розв'язання. За допомогою логічного і діалектичного методів зроблено висновки проведеного дослідження.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.2. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: сутність понять

Кадри мають велику вагу в системі взаємодії суспільства й держави та є носієм досвіду. Саме тому державну кадрову політику варто вважати одним із перспективних напрямів державного управління, що відіграє роль оптимізатора трудового потенціалу країни з метою реалізації функцій держави, підвищення конкурентоспроможності окремих регіонів та країни в цілому. Крім того, особливої актуальності сьогодні в умовах розвитку науково-технічного прогресу набувають інтелект, освіченість, творчі здібності індивіда, що стають необхідною передумовою та рушійною силою прогресу. Основою соціально-економічного розвитку України є саме державна кадрова політика. Доктор наук з державного управління, професор Ю. Ковбасюк під державною кадровою політикою пропонує розуміти цілеспрямовану стратегічну діяльність держави, пов'язану з плануванням та прогнозуванням формування, професійного розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів України, визначенням цілей і пріоритетів кадрової діяльності [12].

На нашу думку, державна кадрова політика – це багатоступенева система послідовного виконання ряду заходів нормативно-правового, організаційно-управлінського, науково-дослідного та іншого характеру з метою забезпечення розвитку держави та суспільства в цілому.

У 2012 р. була розроблена Стратегія державної кадрової політики на 2012–2020 рр., серед головних причин розроблення якої зазначено [44]:

– стримування розвитку та функціонування системи кадрового забезпечення в державі;

- відсутність ефективної системи моніторингу потреб суспільства і держави у фахівцях із відповідним освітньо-кваліфікаційним рівнем підготовки, недосконалість механізму формування державного замовлення на підготовку фахівців;
- відсутність збалансованої системи управління професійною орієнтацією молоді, об'єктивних принципів її відбору і навчання, повільні темпи впровадження сучасних технологій професійного розвитку;
- недостатнє застосування наукових підходів, результатів наукових досліджень при формуванні та реалізації державної кадрової політики.

На думку М. М. Білинської, на формування державної кадрової політики впливає низка системних чинників, які визначають її особливості та які можна розділити на дві групи: постійні і змінні. До постійних варто зарахувати: історичні, ментальні, територіальні, природно-кліматичні, демографічні, релігійно-конфесійні. До змінних – політичні, науково-технічні, фінансово-економічні, як показано на рис. 1.1. [6].

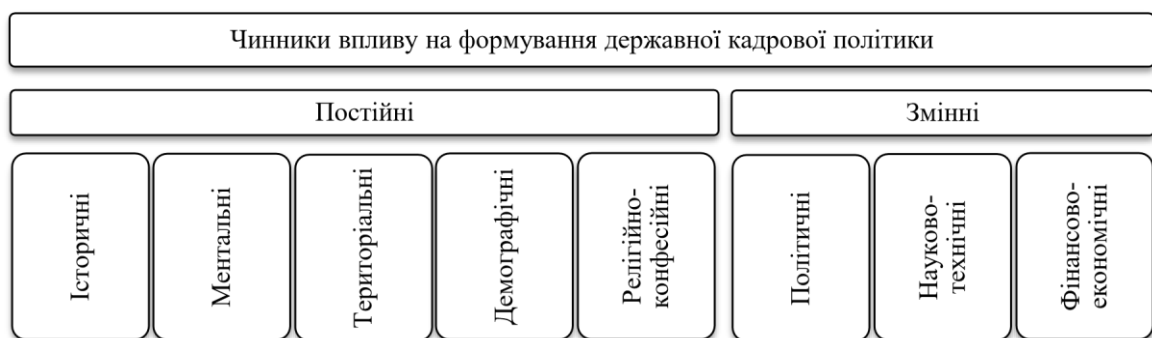


Рис. 1.1. Чинники впливу на формування державної кадрової політики в Україні

Становлення України як держави з соціально орієнтованою економікою, її євроінтеграційні орієнтації передбачають формування та розвиток висококваліфікованих фахівців сфери охорони здоров'я, причому як у самих медичних закладах, так і в органах державної влади – державних службовців, посадових осіб місцевого самоврядування, ефективних практиків та перспективних науковців.

Численні фундаментальні помилки заважають Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу, що в подальшому може негативно сказатися на розвитку галузі через відтік висококваліфікованих медичних кадрів за кордон, що із загостренням коронакризи вже відбувається з найближчими сусідами. Польська медична галузь вже сьогодні відчуває нестачу у кваліфікованих медичних кадрах різних рангів від лікарів до середнього та молодшого медичного персоналу. Особливо це стало відчутно у процесі боротьби з COVID-19, тому Польща активно почала запрошувати українські медичні кадри з метою подальшого працевлаштування, гарантуючи при цьому істотно вищий рівень оплати праці, гідні соціальні стандарти, місце проживання та можливість подальшого влаштування всіх членів сім'ї.

Українці ж у свою чергу витрачають на охорону здоров'я не малу частку свого доходу. Так, загальні витрати на охорону здоров'я становили близько 7,6 % від ВВП. Цей показник вищий, ніж аналогічний у деяких країнах-членах Європейського Союзу, як-то Польща, Румунія, Естонія, які забезпечують істотно кращі умови у сфері медицини для своїх громадян і отримують кращі результати ефективності діяльності системи охорони здоров'я в цілому. Через низький рівень ВВП показник витрат на душу населення в Україні становив у 2016 р. близько 250 дол. США, що значно нижче, ніж у Чехії – близько \$1400 дол. США, Польщі – близько 850 і навіть Румунії – близько 400 дол. США).

Крім того, Україні характерна величезна невідповідність між тим, що гарантує держава і тим, що вона забезпечує. Нормативно усі верстви населення забезпечені найнеобхіднішою медичною допомогою, яка є безкоштовною в державних та комунальних закладах системи охорони здоров'я України. Насправді ж, громадяни протягом багатьох років зіштовхуються з проблемою оплати «з власного гаманця» наданих послуг навіть у державних медичних закладах та не мають відповідного захисту від хабарництва та здирництва у разі хвороби, діагностики та лікування.

Кількісна складова кадрів закладів охорони здоров'я у 1995–2017 рр. вказана на рисунку 1.2, що демонструє тенденції до зменшення як кількості

лікарів усіх спеціальностей, так і кількості середнього медичного персоналу із року в рік. Якщо у 1995 р. кількість середнього медичного персоналу становила майже 600 тис. осіб, то у 2017 р. їх кількість зменшилася майже вдвічі і становила відповідно 360 тис. осіб. Причинами цього насамперед є, на нашу думку, низький рівень оплати праці представників цієї професії, низький рівень модернізації державних медичних закладів, ігнорування потреб населення у кваліфікованих медичних кадрах, неефективна робота системи в цілому та високий рівень корупції галузі.

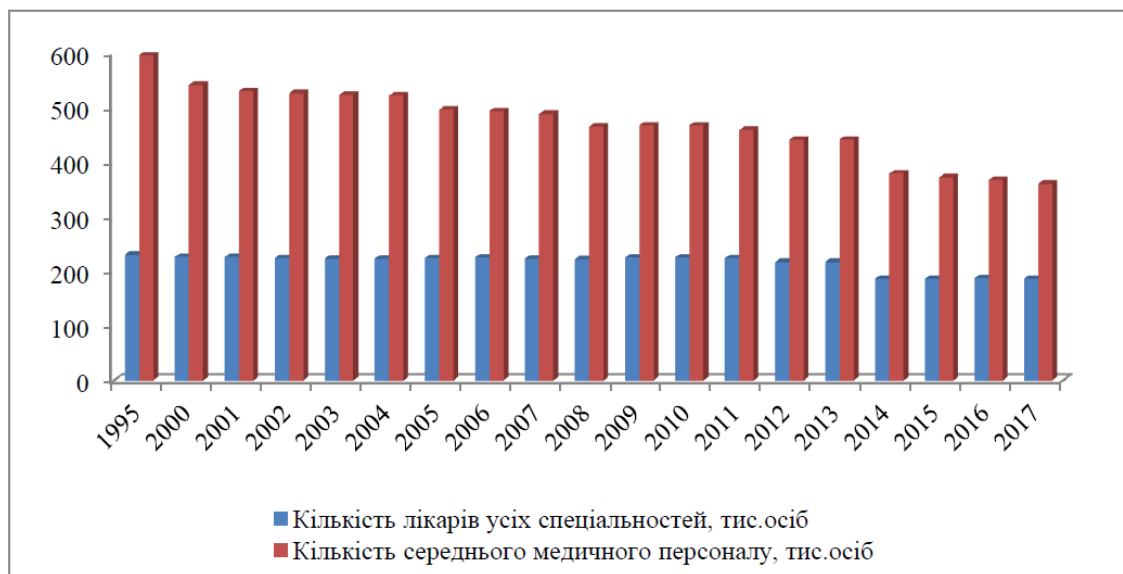


Рис. 1.2. Кількісна складова кадрів закладів охорони здоров'я у 1995–2017 рр.

Головною передумовою існування результативної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є побудова професійної державної кадрової служби, що доводитиме престиж професії для висококваліфікованих медичних кадрів, які у своїй професійній діяльності будуть керуватися принципами служіння народу та патріотизму та будуть еталоном моралі, честі та професіоналізму.

Окреслимо напрями, за якими може формуватися державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в подальшій перспективі:

- формування концепції кадрової політики в сфері охорони здоров'я;

- створення відповідної нормативно-правової бази забезпечення кадрової політики;
- створення спеціальних органів боротьби і контролю у цій сфері;
- оперативне розслідування та постійний моніторинг можливих корупційних проявів у сфері кадрової політики охорони здоров'я України;
- активне міжнародне співробітництво у напрямі забезпечення кадрової політики;
- належне фінансування державного апарату кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- розроблення відповідних професійних стандартів, Національної рамки кваліфікації;
- підтримка державного фінансування цільових наукових досліджень у сфері розвитку людського потенціалу держави;
- розроблення дієвих механізмів прогнозування, планування, постійного моніторингу кадрових потреб у медичних кадрах у країні;
- розроблення ефективного механізму залучення висококваліфікованих фахівців до формування та реалізації державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- державне регулювання програм перепідготовки та навчання медичних кадрів протягом життя;
- формування кадрів нової генерації з урахуванням науково-технічного та соціального прогресу;
- розроблення механізму підтвердження кваліфікацій медичних кадрів та дипломів вітчизняних медичних закладів освіти на міжнародному рівні;
- розроблення програм стимулювання роботодавців до прийому на перше робоче місце молодих фахівців сфери охорони здоров'я;
- удосконалення системи контролю за працевлаштуванням випускників медичних навчальних закладів усіх рівнів, які навчалися за державним замовленням;

– розробка та реалізація державних програм щодо забезпечення необхідних умов для створення освітньо-трудового потенціалу України з метою надання доступу обдарованій молоді до нових знань незалежно від їх матеріальних можливостей та місця проживання.

Тож, вважаємо за необхідне удосконалювати та оновлювати державну кадрову політику в системі охорони здоров'я відповідно до новітніх вимог та викликів сучасного світу, адже головними завданнями розвиненої держави є побудова дієвої моделі системи охорони здоров'я, покращення рівня здоров'я населення та забезпечення розвитку здорової української нації в найближчій перспективі. Ефективність управління в медичній галузі зумовлюється насамперед результатами здійснення відповідними державними органами ряду дій організаційного, правового, фінансово-економічного та інших заходів. Одну з основних ролей при цьому відіграє компетентність та професіоналізм кадрів сфери вищої медичної школи, а стратегічні зміни в механізмі державного управління системи охорони здоров'я є необхідною передумовою побудови країни кардинально нової генерації зі здоровим населенням.

Кадрова політика є однією із базових основ забезпечення успішного запровадження реформи охорони здоров'я та її подальшого сталого розвитку в будь-якій країні й в Україні зокрема.

О. Левицька визначає, що наукове трактування кадрової політики у сфері охорони здоров'я вимагає комплексного підходу до удосконалення її векторного спрямування як генерального напрямку роботи з людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я, що визначається системою теоретичних поглядів, ідей, імперативів та прикладних правил, форм і методів кадрової роботи з різним її функціональним наповненням у конкретних соціально-економічних умовах [26].

Дослідження проблеми кадрової політики у сфері охорони здоров'я, зумовило необхідність проаналізувати поняття «кадрова політика», «кадрова політика у сфері охорони здоров'я», «кадри системи охорони здоров'я».

Основна увага в наукових працях, що розкривають сутність кадрової політики, приділялася, як правило, безпосередньо проблематиці кадрового забезпечення окремих сфер державного управління або відповідних державних органів [13].

У 30-ті роки ХХ століття в кадровій політиці замість професійної, кваліфікаційної й психофізіологічної придатності на перший план вийшла політична. В той час кадровій політиці, насамперед, намагалися надати політичне (ідеологічне) забарвлення. Оскільки партія фактично була партією державною й усі інші суб'єкти кадрової політики лише виконували її директивні вказівки, то практично не розрізнялися поняття «кадрова політика» і «державна кадрова політика», хоча вони й різні за змістом [17].

«Кадрова політика» – значно ширше поняття, тому що її суб'єктами виступають підприємства, установи, організації, політичні партії, органи державної влади та місцевого самоврядування [13].

Енциклопедичний словник з державного управління визначає «кадрову політику» як один з найважливіших напрямів державного управління, орієнтований на потребу публічної адміністрації у кадрах, що полягає у стратегічній діяльності із цільовизначення, ідеологічного та програмного забезпечення формування, розвитку та використання кадрових ресурсів як визначального чинника ефективності системи органів публічної влади. Кадрова політика в регіонах – складова державної кадрової політики, яка базується на державних пріоритетах, потребах регіонального розвитку й відповідних ресурсах [18].

Г. Щокін зазначає, що «кадрова політика» – це комплексна система управління людськими ресурсами, система управління людьми в масштабах держави, регіону, галузі чи окремої організації, провідний напрямок діяльності держави, що охоплює розробку організаційних принципів роботи з людьми, формування й раціональне використання людських ресурсів.

Кадрова політика – це розрахована на тривалий період лінія розвитку людських ресурсів, один із провідних напрямків діяльності держави, що

охоплює розробку організаційних принципів роботи з людьми, формування і раціональне використання людських ресурсів, забезпечення ефективного розвитку кадрового потенціалів [50].

Отже, сучасна кадрова політика покликана відрегулювати функціонування дієвих в суспільстві соціальних механізмів відбору та оптимального розподілу людських ресурсів, направлених на формування організаційної, господарської і культурної еліти, яка б відповідала сформованим умовам і цілям соціального розвитку [50].

Т. Курило зазначає, що роль державної кадрової політики в охороні здоров'я населення України значною мірою підвищується у зв'язку з інтеграцією медичної освіти держави в єдиний європейський освітній простір на засадах Болонського процесу, зміною нормативно-правових основ медичного обслуговування, раціоналізацією використання медичних ресурсів. Автор визначає «державну кадрову політику з підготовки керівників для охорони здоров'я України» як комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо забезпечення системи охорони здоров'я України висококваліфікованими фахівцями шляхом реалізації сукупності політичних, економічних, правових та наукових методів і критеріїв роботи з медичним персоналом [25].

В. Жаховським було запропоновано визначення терміну «державна кадрова політика військово-медичної служби» як комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо забезпечення Збройних Сил України висококваліфікованими медичними фахівцями шляхом реалізації сукупності політичних, економічних, правових та наукових методів і критеріїв роботи з медичним персоналом [19].

Концепцією розвитку військово-медичної служби України основними напрямками удосконалення кадрової політики в галузі визначені такі:

- оптимізація нормативно-правової бази з питань кадрової політики;
- підвищення ефективності використання кадрового потенціалу;
- удосконалення системи органів кадрової роботи;

- удосконалення системи комплектування та організації роботи органів державної влади;
- підвищення соціально-правового захисту працівників;
- патріотичне виховання громадян;
- удосконалення системи підготовки кадрів.

Кадрові ресурси є найважливішим активом, необхідним для забезпечення надання медичної допомоги населенню, які в охороні здоров'я складаються з широкого спектру фахівців: медичного, немедичного та управлінського профілю. Медична професія домінує у визначенні політики охорони здоров'я та визначенні умов праці всіх медичних спеціалістів, тож немедичний персонал має дуже низький статус. У рамках існуючого підходу традиційною реакцією на вже зазначені проблеми є забезпечення підготовки достатньої кількості та якості кадрів для гарантування зайнятості всіх наявних посад та посилення управлінського контролю [27; 29; 35].

Аналіз наукових праць українських учених свідчить про те, що в сфері охорони здоров'я існують поняття «спеціаліст з державного управління охороною здоров'я», «менеджер в охороні здоров'я», «керівник медичного закладу», «керівні кадри системи охорони здоров'я».

Особливість галузі охорони здоров'я полягає в необхідності двох типів керівників: менеджерів та управлінців. Це пов'язано з тим, що на сьогодні в галузі охорони здоров'я функціонують два типи організацій: державні заклади охорони здоров'я та заклади охорони здоров'я недержавної форми власності [4].

Н. Васюк удосконалено та узагальнено зміст дефініції поняття «керівні кадри системи охорони здоров'я», а саме: це посадові особи (державні службовці та посадові особи місцевого самоврядування), яким делеговані права і обов'язки владного характеру, що формують державну політику і стратегію в системі охорони здоров'я; це професійно підготовлені працівники, які покликані виконувати функції управління системи охорони здоров'я; це особи,

які здійснюють керівництво інфраструктурою з метою ефективної організації діяльності надання медичних послуг [8].

Глибоко вивчав сутність і зміст понять «спеціаліст з державного управління охороною здоров'я» і «менеджер охорони здоров'я» Я. Радиш, який зазначає, що ці поняття є різні. Перше з них належить до державного службовця – лікаря за фахом, який працює на державній службі у сфері охорони здоров'я. Менеджер охорони здоров'я – це, насамперед, не державний службовець, часто і не лікар, який працює в лікувально-профілактичному закладі або його діяльність пов'язана з системою охорони здоров'я. Автором визначено основні характеристики менеджера ХХІ ст. та зазначено, що менеджер майбутнього – це глобальний стратег, який повинен розуміти і знати, як керувати в конкурентному міжнародному середовищі; він знавець технологій, передусім комп'ютерних, оскільки комп'ютерна грамотність буде виключно важливою для наступного покоління вищих керівників [45].

Т. Курило з'ясовано сутність і зміст понять «керівник», «спеціаліст з державного управління охороною здоров'я» і «менеджер охорони здоров'я». Автор показує, що існує певна тенденція застосовувати термін «менеджер охорони здоров'я» до локально обмежених людських спільнот і колективів, а також тлумачити менеджмент як менш регламентований офіційними правилами, процедурами і технологіями спосіб управління.

Менеджер охорони здоров'я – це фахівець технологічного профілю, діяльність якого найчастіше пов'язана з медичним бізнесом, тобто спрямована на отримання прибутку (грошей) шляхом створення і реалізації медичних послуг. Дослідження змісту й цілей діяльності керівників лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я дало підстави стверджувати, що стосовно цієї категорії управлінців доцільніше використовувати термін «керівник». Адже керівник – це особа, на яку офіційно покладені функції управління колективом і організації його діяльності; керівник несе юридичну відповідальність за функціонування групи (колективу) перед вищою інстанцією і має певні регламентовані можливості

санкціонування – покарання і заохочування підлеглих з метою впливу на їхню виробничу (наукову, творчу тощо) діяльність. Керівник володіє формально регламентованими правами і обов'язками, а також представляє групи (колектив) в інших установах [25].

Проаналізувавши теоретико-методологічні напрацювання щодо сутності кадрової політики, дослідженням встановлені різні підходи до визначення цього терміну.

Комплексний аналіз літературних джерел за темою дослідження показує, що суть кадрової політики системи охорони здоров'я полягає у забезпеченні підготовки відповідних управлінських кадрів та медичних працівників до зайняття посад, що з'являються в організаціях системи охорони здоров'я в певний (прогнозований) час їх становлення, функціонування й розвитку.

1.2. Нормативно-правове забезпечення кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні

Питання кадрової політики у вітчизняній сфері охорони здоров'я унормовані низкою українських та міжнародних нормативно-правових документів, серед яких основними є:

- Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 р. (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН 70/1) [57];
- Здоров'я-2020. Основи політики та стратегія (прийнято 62-ю сесією ЄРБ ВООЗ, Мальта, 2012 р., резолюція EUR/RC62/8) [54];
- Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського охорони здоров'я (прийнятий 62-ю сесією ЄРБ ВООЗ, Мальта, 2012 р., резолюція EUR/RC62/12) [53];
- Кадри і служби охорони здоров'я. Глобальна стратегія для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2016-2030 р. (резолюція ВНА 69.38) [57];

– Рішення 851/2004/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 21 квітня 2004 р. про утворення Європейського центру з профілактики та контролю за захворюваннями та інші [57].

21 жовтня 2015 р. Генеральна Асамблея ООН прийняла Резолюцію 70/1 «Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 р.», яка містить сімнадцять цілей в галузі сталого розвитку, у тому числі Ціль 3: Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці [57].

Серед тринадцяти завдань з досягнення цієї Цілі є завдання 3.c, а саме: «Істотно збільшити фінансування охорони здоров'я та набір, розвиток, професійну підготовку та утримання медичних кадрів в країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах і малих острівних державах, що розвиваються», а також 3.d: «Нарощувати потенціал всіх країн, особливо країн, що розвиваються, в напрямку раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я». Проблеми управління кадровими ресурсами та кадровий дефіцит працівників охорони здоров'я визнані ВООЗ глобальним ризиком; наразі, за даними ВООЗ, у світі не вистачає 7,2 млн. фахівців у сфері охорони здоров'я. До цього долучаються проблеми територіальної і фахової диспропорції. З метою подолання цієї проблеми створено Глобальну стратегію для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2016-2030 рр. (WHO Global Strategy on Human Resources for Health 2016-2030) [57].

Жоден з вітчизняних нормативно-правових документів, що стосується кадрової політики у сфері охорони здоров'я України, не містить цілісної стратегічної програми вирішення проблем кадрового забезпечення цієї сфери, концептуальних задач та механізмів реалізації кадрової політики в сфері охорони здоров'я, хоча в них частково відображені такі важливі питання як удосконалення державних освітніх стандартів підготовки медичних кадрів задля підвищення якості підготовки фахівців, забезпечення та управління якістю медичної допомоги, прогнозування кадрового забезпечення у

відповідності до потреб охорони здоров'я з урахуванням її перетворень, а також демографічної ситуації в країні [1; 22].

В теперішній час відсутні професійні стандарти фахівців охорони здоров'я, які б відповідали сучасним світовим вимогам та дозволяли б сформулювати єдині підходи до встановлення нормативів по різних розділах медичної, соціальної, психологічної видів допомоги і сприяли раціональному використанню кадрових ресурсів охорони здоров'я. Потребують удосконалення нормативно-правові акти щодо номенклатури спеціальностей і посад працівників сфери охорони здоров'я, кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей, обліково-звітна документація кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, системи моніторингу та критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників, вироблення ефективних механізмів підвищення мотивації; системи збору й обробки вірогідної бази даних (як в регіональному, територіальному (місто-село) розрізі, так і на рівні держави, використовуючи принцип єдиного медичного простору, тобто враховуючи показники як державних, так і відомчих і приватних медичних закладів), що дозволить проводити цілісний аналіз ситуації в медичній сфері, вдосконалити механізми прогнозування та планування кадрових ресурсів охорони здоров'я, а також відстежити їхню ефективність. Зокрема, з метою підвищення ефективної системи планування і прогнозування медичних кадрів у систему звітності слід включати такі показники, як показники вікової структури і приросту населення, існуючі та прогнозовані потреби в медичних кадрах, їх розподіл з урахуванням спеціалізації, усунення дублювання функцій, перерозподіл функцій між медичним персоналом, можливості використання немедичних працівників у сфері охорони здоров'я, вплив процесів міграції, співвідношення витрат на збільшення числа медичних працівників у порівнянні з іншими заходами (витрати на профілактику захворювань і т.д.), прогноз зміни епідеміологічної ситуації та пов'язане з цим скорочення або збільшення потреби у медичних послугах. Дані показники повинні враховуватися при складанні планів професійної спеціалізації випускників медичних вузів, проведення спеціалізації

в закладах післядипломної освіти, формуванні державного замовлення на підготовку кадрів з охорони здоров'я (не лише лікарів, а й середнього медичного персоналу, соціальних працівників, задіяних в процес діяльності сфери охорони здоров'я, психологів та ін.) тощо [1].

Згідно з попередніми редакціями Закону України «Про вищу освіту», Постановою Кабінету Міністрів України «Про Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» від 22 серпня 1996 р. № 992 та наказом МОЗ України від 25 грудня 1997 р. № 367 «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» випускник вузу після закінчення навчання мав відпрацювати 3 роки за направленням [23; 37].

У 1996 р. Міністерству фінансів разом з Міністерством освіти, Міністерством економіки, Міністерством юстиції та Національним банком було доручено розробити і затвердити Порядок визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними умов угоди про працевлаштування. Проте дотепер такий Порядок не був прийнятий та не затверджений. Таким чином, механізм визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними угоди про працевлаштування відсутній, що ускладнює реалізацію у повній мірі процес забезпечення регіонів лікарями.

Законом України від 6 жовтня 2016 р. № 1662-УІІ «Про внесення змін до Закону України «Про вищу освіту» щодо працевлаштування випускників» «розподіл випускників вищих навчальних закладів, що належать до сфери їх управління, для подальшого (...) працевлаштування в заклади охорони здоров'я (для вищих медичних навчальних закладів) у межах державного замовлення» замінено на надання випускникам інформації «про наявність вакансій у складі юридичних осіб будь-якої форми власності та підпорядкування для можливого працевлаштування». При цьому визначено, що «право на першочергове зарахування до вищих медичних (...) навчальних закладів за державним

замовленням мають особи у разі укладення ними угоди про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості і селищах міського типу». Водночас, «випускникам вищих медичних (...) навчальних закладів, які уклали угоди про відпрацювання протягом трьох років у сільській місцевості і селищах міського типу, держава відповідно до законодавства забезпечує безоплатне користування житлом з опаленням і освітленням у межах встановлених норм» [39].

В теперішній час організацію набуття медичної освіти в Україні можна зобразити у вигляді схеми, як показано на рис. 1.3 [40].

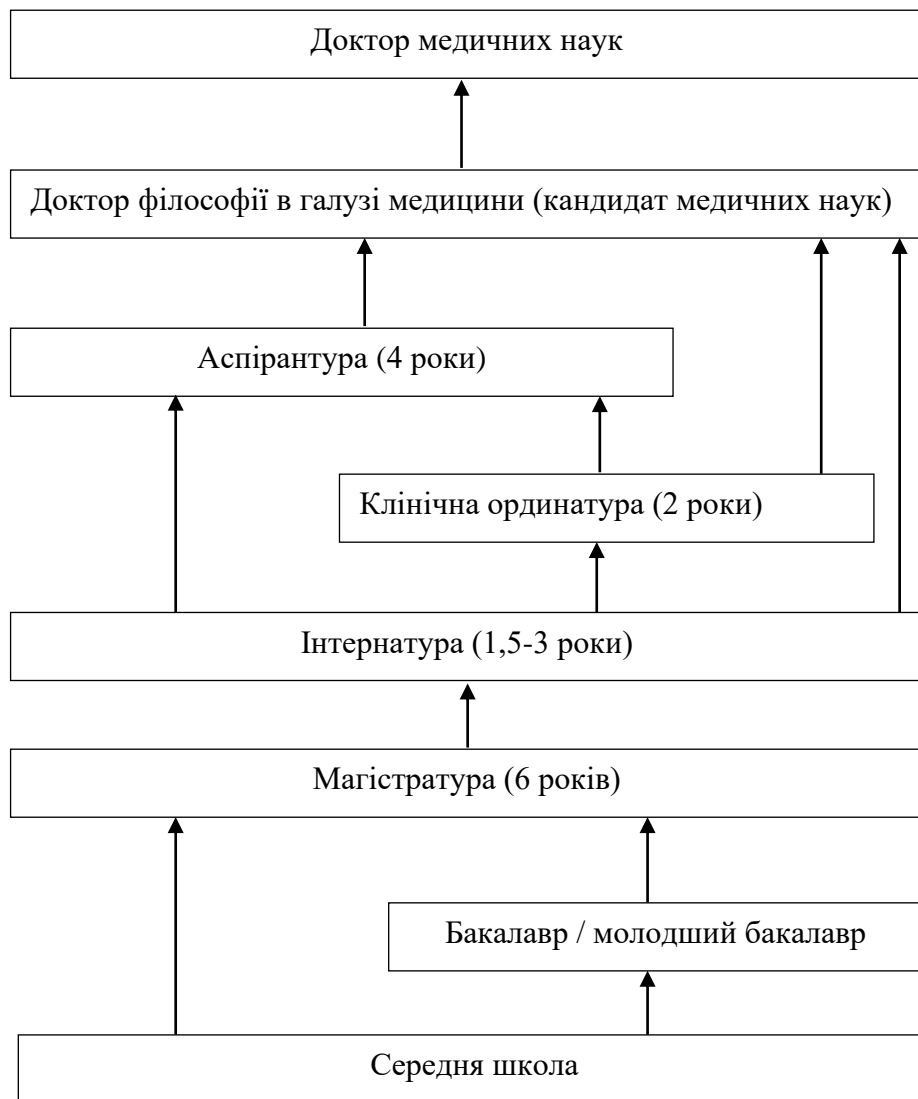


Рис.1.3. Схема організації набуття медичної освіти в Україні

12 липня 2021 р. своєю постановою № 725 Кабінет Міністрів України затвердив Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників [40].

Документ визначає основні організаційні засади безперервного процесу навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі.

Це дозволить підтримувати та покращувати стандарти їх професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я, та триватиме впродовж усього періоду професійної діяльності.

Нова система безперервного професійного розвитку забезпечить належний контроль якості атестації фахівців галузі знань «Охорона здоров'я» та поліпшить якість медичної допомоги українцям.

Важливим аспектом управління кадровими ресурсами у сфері охорони здоров'я більшості країн світу є фахове самоврядування. Ще у 1987 р. в прийнятій 39-ою Всесвітньою Медичною Асамблеєю Мадридській декларації наголошено на необхідності самоврядування медичної професії, професійній автономії. Сформульовані нею основні принципи лікарського самоврядування спрямовані на якнайширше задоволення потреб пацієнтів та захист прав медичних працівників. Як наслідок, у всіх країнах – членах Європейського Союзу, прийняті закони, якими лікарському самоврядуванню передано цілий ряд важливих регулятивних функцій системи охорони здоров'я та окреслено основні організаційні засади професійної діяльності лікарів [21].

Так, вищими законодавчими органами наших сусідів прийняті – Закон Польщі «Про ізби лікарські» від 17 травня 1989 р., Закон Болгарії «Про корпоративну організацію лікарів і стоматологів» від 21 липня 1998 р., Закон Словаччини «Про Словацьку лікарську комору» від 3 грудня 1991 р., Закон Румунії 74/1995 – про *Asociata Medicala Romana*, Закон Албанії «Про лікарське упорядкування в Республіці Албанія» від 01 червня 2000 р.. Органи лікарського самоврядування успішно діють більш як у 100 країнах світу, зокрема в США –

American Medical Association 1847 р., Швейцарії – Federation des medecins suisses з 1867 р., Норвегії – Den Norske Lægeforening з 1886 р., Канаді – The Medical Council of Canada з 1912 р., Німеччині – Bundesärztekammer з 1947 р., Македонії – Македонско лекарско друштво з 1945 р., та 1996 р., Туреччині – Turk Tabipleri Birligi з 1973 р. і навіть у Нігерії – Nigerian Medical Association з 1988 р. [21].

Варто відзначити, що у дружній нам Польщі сейм уже ухвалив 16 законів щодо регулювання діяльності різних професійних самоврядних організацій.

В Україні, яка стоїть на порозі серйозного реформування системи охорони здоров'я, як майбутньому члену об'єднаної Європи, законодавче введення лікарського самоврядування є питанням найближчого часу. Існуюче протягом всього часу незалежності України, Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ), ведучи свою історію з 1910 р. від Українського лікарського товариства у Львові та з 1917 р. від лікарського товариства УНР веде тривалу активну роботу щодо впровадження лікарського самоврядування після прийняття відповідного Закону Верховною Радою України [21]. Наразі створена спільно з понад 50 лікарськими асоціаціями Національна лікарська рада, яка напрацювала проект відповідного закону.

Виходячи із світового та європейського досвіду головними завданнями лікарського самоврядування визначені:

- видача дозволів і нагляд за належним та сумлінним виконанням лікарської практики;
- інтеграція лікарського середовища у єдиний медичний простір;
- впровадження політики партнерства між системою охорони здоров'я, лікарями і пацієнтами;
- встановлення обов'язкових для всіх лікарів етичних і деонтологічних засад лікарської практики;
- вплив на стан здоров'я суспільства, політику охорони здоров'я держави та ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я;
- співпраця з науковими товариствами, вищими навчальними закладами в державі та за кордоном тощо.

Вищезазначені завдання лікарське самоврядування виконує через:

- надання права на здійснення лікарської практики;
- ведення реєстру лікарів;
- обговорення умов праці лікарів та її оплати;
- нагляд за належним і сумлінним виконанням лікарем його професійних обов'язків;
- відпрацювання чітких критеріїв (індикаторів) якості надання медичної допомоги;
- притягнення лікарів до дисциплінарної відповідальності, аж до позбавлення права на здійснення лікарської практики;
- співпрацю у справах фахового удосконалення лікарів;
- проведення атестації і сертифікації лікарів, ліцензування видів медичної практики та участь у акредитації закладів охорони здоров'я;
- участь у проведенні конкурсів на заміщення інших керівних посад у службі охорони здоров'я;
- експертизу та обговорення нормативних документів органів влади, особливо тих, що стосуються змін у системі надання медичної допомоги та виконання лікарем його професійних функцій;
- здійснення контролю за використанням лікарських засобів і медичною рекламою;
- ухвалення принципів професійної етики та деонтології, обов'язкових для всіх лікарів, а також контроль за їх дотриманням;
- окреслення меж та контроль за дотриманням лікарської таємниці;
- співпраця з органами державної адміністрації, політичними організаціями, професійними спілками, а також з іншими громадськими організаціями у справах, що стосуються охорони здоров'я населення та умов виконання лікарем його професійних обов'язків;
- своєчасне забезпечення лікарів необхідною медичною інформацією;
- розробка національної стратегії системи інформування суспільства про події в системі охорони здоров'я;

– встановлення кваліфікації лікаря та надання права на медичну практику громадянам інших держав.

Фундаментальним і невід'ємним правом громадян у будь-якому вільному і демократичному суспільстві, є їхнє право встановлювати мету і завдання системи охорони здоров'я. Міжнародним співтовариством вже давно визнано, що цей шлях обов'язково приведе до підвищення довіри суспільства до системи охорони здоров'я та медиків. Передача повноважень лікарському самоврядуванню дозволить відродити представницьку демократію в такому важливому соціальному секторі, як охорона здоров'я, що обов'язково призведе до поліпшення функціонування системи охорони здоров'я в цілому. Введення лікарського самоврядування призведе до формування в лікарському співтоваристві і в суспільстві в цілому таких цивільно-правових відносин, при яких лікар нестиме персональну юридичну і фінансову відповідальність за результати своєї діяльності перед лікарським товариством, а лікарське товариство – за результати діяльності лікаря перед пацієнтами і державою [21].

Рекомендації Ради Європи пропонують урядам створювати сприятливі умови в юридичній і податковій системі для фінансування і керування неурядовими медичними організаціями, а бюджет охорони здоров'я, наскільки можливо, повинен включати статті для підтримки їхньої діяльності, що для України зараз є важко здійсненим [21].

Намагаючись побудувати нову національну систему охорони здоров'я необхідно усвідомлювати і можливість спротиву тих, чий інтерес найбільше зачіпають пропоновані зміни. Як свідчить досвід усіх років незалежності саме теперішня «медична еліта», яка з року в рік вимагає тільки збільшення фінансування галузі задля подальшого розкрадання бюджетних коштів, є головним гальмом будь-яких перетворень у охороні здоров'я. Кожен новий міністр охорони здоров'я, займаючи свою посаду, декларував необхідність змін, але жоден їх так і не запровадив. Потрібно розуміти, що без децентралізації управління охороною здоров'я через зміну командно-адміністративної на визнану у світі суспільно-адміністративну модель

управління галуззю, без впровадження дієвого професійного лікарського самоврядування, очікувати покращень у медицині, відновити у суспільстві довіру до медиків, здійснити соціально-економічний та правовий захист медиків – марно.

Лікарське товариство має відігравати провідну роль у системі громадського контролю охорони здоров'я, виконуючи при цьому освітню і юридичну функції. Виступаючи на захист лікарів і пацієнтів, товариство могло б взяти участь у встановленні стандартів в галузі медичної освіти, медичної практики і лікарської етики, а також сприяти підвищенню професійного рівня медичних працівників. Основними обов'язками товариства могли б стати забезпечення підготовки необхідної кількості кваліфікованих лікарів, підтримка високого рівня професійних знань, нагородження медичних працівників за особливі заслуги, допомога в здійсненні перепідготовки медичних кадрів, виконання регуляторних функцій [21].

Запровадження інституції лікарського самоврядування дозволить значно скоротити тіньовий обіг коштів у охороні здоров'я, позбавить пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій, різного ґатунку цілителів, забезпечить контроль за медичною рекламою, створить умови для прагнення з боку лікаря і медичної установи надавати якісну медичну допомогу, дасть практичне обґрунтування доцільності функціонування тих або інших установ охорони здоров'я, визначить потребу в лікарях різних спеціальностей, дозволить сформувати ефективну систему страхування професійної відповідальності лікарів і медичного страхування громадян, успішно вирішувати інші важливі медико-соціальні проблеми.

Діяльність громадських та самоврядних організацій є реальним показником процесу становлення громадянського суспільства, демократизації політичної і соціальної системи держави. І чим результативнішою буде їхня робота, тим досконалішим і міцнішим буде ставати громадянське суспільство.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Проблеми державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я

Особливості розвитку кадрового механізму в сфері охорони здоров'я вказують, що кадрову політику держави потрібно формувати за встановленими організаційними принципами державної кадрової доктрини.

Вчені розглядають кадровий механізм державного управління системою охорони здоров'я як багатопрофільний, що переплітається із різними видами державної політики, зокрема: державна освітня політика – трансформація підготовки медичних кадрів за освітніми програмами галузі знань «Охорона здоров'я»; державна кадрова політика – формування вимог до кадрового потенціалу системи охорони здоров'я; державна фінансова політика – визначає порядок та систему оплати праці медичних працівників. Важливим напрямом удосконалення кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я Ф. Криничко вбачає формування кадрових резервів керівних кадрів та медичних працівників системи охорони здоров'я. Основну проблему недосконалості фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні вона вбачає у відсутності чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та закладами охорони здоров'я. Задля вирішення зазначеного питання, науковцями запропоновано сукупність напрямів удосконалення фінансового механізму державного управління системою охорони здоров'я на рівні державного управління та державного регулювання діяльності закладів охорони здоров'я [24].

Головна роль в організації діяльності закладів охорони здоров'я належить медичному працівнику, отже, управління розвитком кадрів є основним завданням менеджерів з управління персоналом у цій галузі. Традиційний

підхід до управління персоналом у цій галузі не дає бажаного результату, а інколи приводить до застою або дезорганізації в структурі управління. З огляду на те, що нині фінансування з боку держави для розвитку галузі охорони здоров'я є недостатнім, ефективною є мобілізація прихованих можливостей у системі для результативного використання кадрових ресурсів, якщо порівняти міжнародний досвід, а саме досвід ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), то доведено найбільшу ефективність реорганізації системи управління серед будь-яких інших організаційних змін для досягнення високої ефективності системи охорони здоров'я.

Трансформація господарського механізму медичної галузі передбачає зміни організаційно-правового статусу медичних закладів, форми власності, характеру взаємовідносин між суб'єктами ринку, фінансових потоків тощо. Однак на практиці існує проблема невідповідності управлінського персоналу до використання інноваційних підходів та методів управління, спрямованих на пошук та освоєння перспективних ринкових ніш, формування конкурентних позицій медичних організацій.

Медичний персонал державного сектору охорони здоров'я не має маркетингового мислення, без якого неможливо набути конкурентних переваг медичних послуг та медичної організації загалом, тому перед діючою системою охорони здоров'я постає нелегке завдання адаптації до ринкових умов господарювання шляхом системної перебудови та вдосконалення механізмів її державного регулювання, а головне, реалізації концепції інтегрованого розвитку та управління медичними кадрами, саме від яких залежить виконання завдань системи.

Сьогодні в державній системі охорони здоров'я професійні стандарти фахівців не відповідають сучасним світовим вимогам та не дають змоги сформуванню єдині методи встановлення нормативів у різних розділах соціальної, психологічної та медичної сфер, щоб вони сприяли раціональному використанню кадрових ресурсів в організації охорони здоров'я.

Нормативно-правові акти, які стосуються номенклатури спеціальностей та посад медичної сфери, потребують удосконалення, як і кваліфікаційні вимоги до посад і характеристики спеціальностей, обліково-звітні дані про кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я. Водночас перегляду встановлених стандартів та їх оновлення потребують моніторингова система оцінок якості роботи медичного працівника; методи мотивації та стимулювання, їх ефективність; механізми прогнозування та планування кількості працівників.

З 6 листопада 2017 р. в Україні увійшов в дію Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 р. № 2002, що запровадив автономізацію закладів охорони здоров'я [38]. У зв'язку з цим Законом має відбутись автоматизація медичних закладів, що передбачає такі зміни у фінансово-господарській, організаційній та управлінській діяльності:

1. Зміна форм власності.
2. Збільшення владних повноважень керівників закладів охорони здоров'я, а саме щодо автономності в розпорядженні активами, фінансовим та кадровим фондом організації, встановлення управлінської та організаційної політики.
3. Свобода дій у визначенні форм і методів оплати праці робітників закладів охорони здоров'я.
4. Запровадження сучасних інструментів фінансового менеджменту.
5. Отримання закладами медичного обслуговування, що є підприємствами, права об'єднуватися з іншими медичними закладами, які також діють як підприємства, задля перерозподілу функцій між ними та спільного оптимізованого використання наявних ресурсів.
6. Надання закладам охорони здоров'я можливості наймати лікарів – фізичних осіб, що отримали відповідну ліцензію з дозволом здійснення господарської діяльності з медичної практики [57].

Отже, завдяки таким перетворенням, як набуття автономності закладами охорони здоров'я в адміністративній діяльності, розширений спектр можливих фінансових джерел, виникає необхідність максимального та оптимального використання кадрових ресурсів медичних установ, що є можливим за наявності управлінців необхідної компетентності, які здатні перетворити персонал на конкурентну перевагу, що приводить до досягнення поставлених цілей.

Головна мета ВООЗ у процесі реалізації кадрової політики полягає у підготовці необхідного кваліфікованого персоналу та забезпеченні ним закладів охорони здоров'я, який, відповідно, виконуватиме поставлені завдання. Медичні працівники є стратегічним капіталом, оскільки основним об'єктом капіталовкладень у світі в медичній сфері є кадрове забезпечення, тому проблема управління персоналом цієї галузі є особливо актуальною, оскільки в умовах наявності необхідного кадрового забезпечення політика стратегічного менеджменту здатна активізувати роботу медичних фахівців і максимізувати їх ефективність.

Політика управління кадрами – це головний напрям роботи з персоналом, що відображає систему принципів, методів, правил та норм у роботі з персоналом та передбачає формування головних довгострокових напрямів організації роботи кадрів установи.

Кадрова стратегія визначається нами як загальний план дій у сфері менеджменту персоналу, який формується на основі кадрової політики та стратегії розвитку організації загалом. Отже, виходячи з вищенаведених визначень, бачимо, що основною метою кадрової політики та стратегії є забезпечення оптимального балансу процесів оновлення та збереження кількісного та якісного складу персоналу закладів охорони здоров'я відповідно до потреб закладу, вимог законодавства та стану ринку праці медичних кадрів. Таким чином, формування кадрової політики та стратегії, що відображаються у статуті та філософії закладу, колективному договорі, правилах внутрішнього розпорядку, основних положеннях щодо кадрової роботи закладу, передбачає

новий якісний етап формування та розвитку кадрів закладу охорони здоров'я, що спрямований на забезпечення сталого розвитку цього закладу зокрема та підвищення якості медичної допомоги загалом.

Головним елементом будь-якої системи управління є персонал, який одночасно може виступати як об'єктом, так і суб'єктом управління.

Персонал організації є об'єктом, тому що він виступає виробничою силою, головним елементом будь-якого виробничого процесу. Тому планування, формування, перерозподіл і раціональне використання персоналу в організації складають основний зміст управління персоналом.

Але разом з цим персонал – це, перш за все, люди, що характеризуються складним комплексом індивідуальних якостей, серед яких соціально-психологічні відіграють головну роль. Властивість персоналу одночасно виступати в якості об'єкта і суб'єкта управління являє собою основну специфічну особливість управління персоналом в організації.

Предметом управління персоналом є основні закономірності й рушійні сили, що визначають поведінку людей і спільностей в умовах спільної праці.

Принципи управління персоналом – правила, основні положення і норми, яких повинні дотримуватись керівники і спеціалісти в процесі управління персоналом.

До основних принципів управління персоналом відносять: науковості; плановості; демократичного централізму; першої особи; відбору, підбору та розстановки кадрів; сполучення єдиноначальності і колегіальності, централізації й децентралізації; лінійного, функціонального і цільового управління, контролю виконання рішень та ін.

Кадрова політика у системі охорони здоров'я –це головний вектор роботи з людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я регіону, який визначається системою теоретичних поглядів, ідей, імперативів та прикладних правил, форм і методів кадрової роботи за різними функціональними напрямками, розробленими органами державної влади центрального і регіонального рівнів [11, с. 82-87].

Управління розвитком персоналу сприяє ефективному використанню трудового потенціалу особистості, підвищенню її соціальної та професійної мобільності, виступає засобом профілактики масового безробіття, відіграє значну роль у підготовці працівників для здійснення структурної і технологічної перебудови галузей економіки. Це позитивно впливає на збільшення обсягів та оновлення номенклатури випуску продукції чи надання послуг, забезпечує покращення результатів фінансової діяльності організації. В таких умовах розвиток персоналу є одним із найважливіших напрямів раціонального функціонування будь якої організації, її конкурентоспроможності на ринку [2].

Разом з цим завдяки розвитку персоналу росте і рівень конкурентоспроможності персоналу на глобальному ринку. Працівники мають можливість засвоїти нові знання, підвищити рівень власної кваліфікації або опанувати ту чи іншу професію. Це дасть можливість подальшому розвитку працівника, та можливості планувати собі подальшу трудову кар'єру. Завдяки цьому, навіть якщо працівник залишиться без роботи він зможе легко знайти нову, або навіть займатися власним бізнесом, що дасть нові робочі місця.

Характеризуючи систему управління персоналом закладів охорони здоров'я, можна виділити такі характеристики кадрового потенціалу:

- кількісні (чисельність, склад, структура, вік, стаж роботи, укомплектованість, плинність та рівень ротації кадрів, рентабельність та продуктивність праці);
- якісні (фізичний, психологічний, адаптаційний, інтелектуальний, етичний, духовно-творчий, кваліфікаційний, організаційний потенціали).

На рис. 2.1 наочно зображена структурно-логічна схема державної кадрової політики в галузі охорони здоров'я, яка є основою та орієнтиром для подальшого теоретико-методологічного і практичного дослідження в сфері кадрового управління [2].

Враховуючи всі особливості управління кадрами організацій охорони здоров'я, маємо підкреслити вплив керівників медичного персоналу та рівня

якості їх діяльності на результативність або неефективність стратегій управління й розвитку галузі охорони здоров'я.

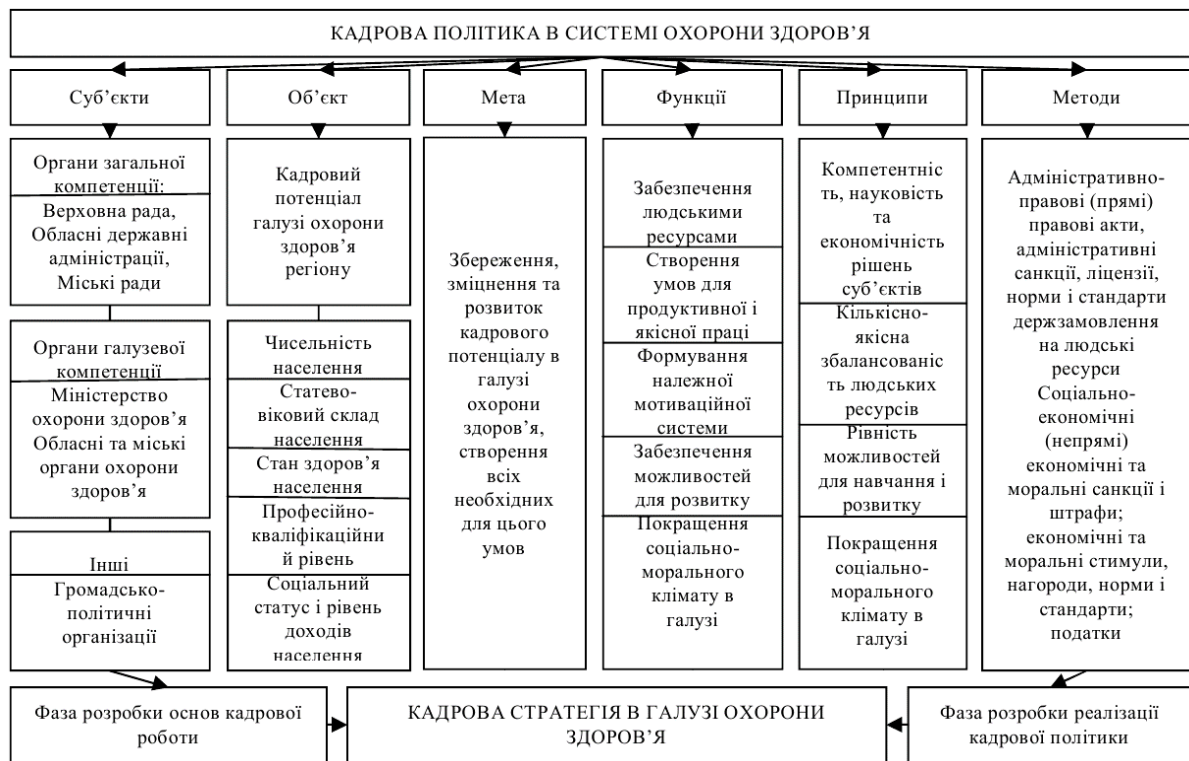


Рис. 2.1. Структурно-логічна схема кадрової політики в системі охорони здоров'я

Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я показано на рис. 2.2 [3].

Керівники сучасних закладів охорони здоров'я останнім часом починають проявляти особливий інтерес до оцінювання та моніторингу розвитку персоналу. Звичайно, в умовах високої конкурентоспроможності, саме розвиток кадрового потенціалу відіграє неабияку роль у досягненні стратегічних цілей діяльності.

Актуальність необхідності оцінки ефективності управління розвитком персоналу у сучасних медичних закладах, сприяла формуванню значної кількості теоретичних й емпіричних досліджень у даній сфері, що в свою чергу

дало поштовх багатьом вітчизняним та зарубіжним дослідникам до наукової класифікації моделей і методів.

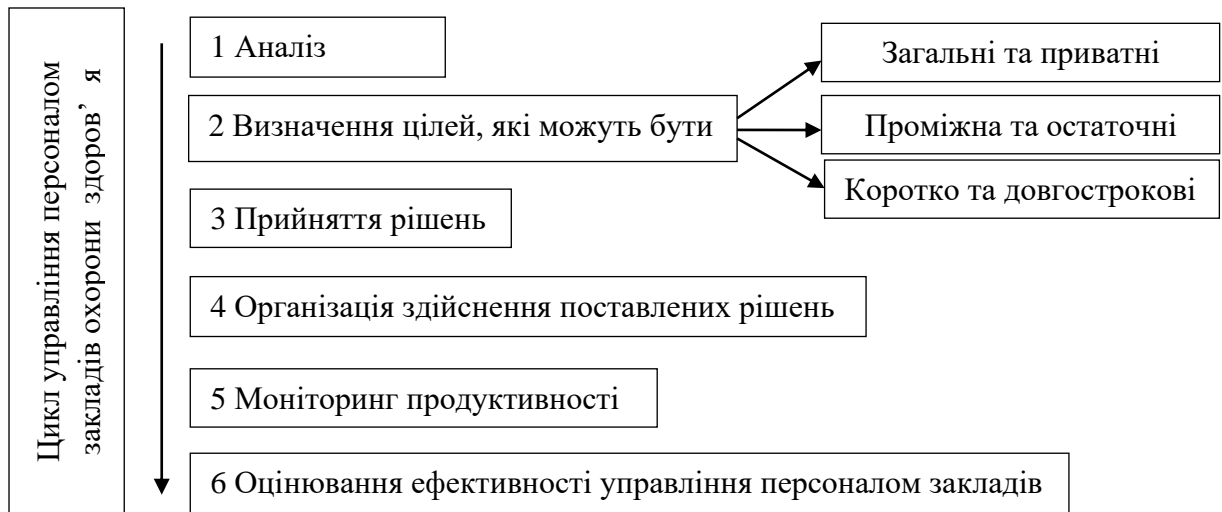


Рис. 2.2. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я

Існує три основні типи підходів до оцінювання ефективності розвитку персоналу: практико-орієнтований; процесно-орієнтований; дослідницько-орієнтований [3].

Д. Кіркпатрик у своїх дослідженнях запропонував практико-орієнтований підхід. В першу чергу, він ставив перед собою завдання визначити, наскільки ефективно проведенні програми навчання досягають поставлених цілей. Ним була розроблена «модель чотирьох рівнів».

Оцінювання розвитку персоналу за допомогою цього методу допомогло б оцінити результат навчання, процес навчання учасників, їх поведінку й результати, що є не менш важливим, вплив навчання на фінансово-економічні показники діяльності підприємства. Показники економічно-фінансової ефективності персоналу є основними індикаторами якості здійснення проведення та моніторингу розвитку кадрового потенціалу, задоволенні потреб персоналу в просуванні по службі, формуванні системи безперервного навчання та розвитку.

Враховуючи те, що більшість професій є креативними, даний метод є досить ефективним, адже оцінка здійснюється переважно на рівні реакції

працівників та отриманих ними знань, пов'язується зі зрозумілими методичними труднощами та витратами під час виміру росту продуктивності або зміни у поведінці персоналу, або додаткових організаційних переваг [46].

Розглядаючи модель Р. Брінкерхоффа, як приклад процесно орієнтованого підходу, очевидно, що запропонована циклічна оцінка, здійснюється за кожним етапом програми навчання теж має свої переваги.

Дана модель складається із шести етапів, перший з яких – постановка цілей та аналізу потреб. Другий етап передбачає оцінювання проекту програми навчання. Наступний етап полягає у оцінюванні якості операцій програми підготовки.

Модель етапів трансферу М. Фоксон орієнтована на передачу знань і навичок як результат реалізації програм підготовки. При цьому трансфер розглядається як процес, а не результат. Трансфер здійснюється за етапами від усвідомленого наміру до несвідомого забезпечення. В рамках кожного з етапів аналізуються чинники підтримки та стримування.

Модель, запропонована Д. Філліпсом передбачає проведення розрахунків рентабельності інвестицій у професійний розвиток персоналу. Вплив навчання повинен бути оцінений грошовим вираженням, що далі порівнюється з повними витратами за програмою.

Оцінка ефективності розвитку персоналу, як правило повинна відбуватись за допомогою співвідношення витрат та прибутку, або рентабельності інвестицій. Основна проблема виникає в тому, що оцінка результатів важко вимірюється у грошовому виразі. Це стосується програм, у яких результати орієнтовані на відносини, що є досить поширеним в даній галузі, а не на отримання знань або навичок.

Оцінка ефективності розвитку персоналу підприємства повинна відбуватись на основі оцінки системи збалансованих показників. Ефективне управління розвитком персоналу потребує обов'язкового проведення оцінки стану персоналу, структури і динаміки його чисельності, а також аналізу рівня освіти, плинності кадрів та ряду інших важливих індикаторів.

З ціллю вимірювання ефективності впроваджених програм, може бути використаний метод Д. Філіпса та Д. Киркпатріка.

Кадровий потенціал сфери охорони здоров'я України, у відповідності до штатних розписів закладів охорони здоров'я за профілями обслуговування, складається з таких основних категорій: лікарі, середні медичні працівники (СМП), молодший медичний персонал та інші категорії обслуговуючого персоналу. Значний контингент чисельності як лікарів, так і СМП працює за межами закладів охорони здоров'я системи МОЗ: чисельність лікарів в інших відомствах становить понад 26 тис. осіб, а чисельність СМП – 57 тис. осіб. За даними офіційної статистики, загальна чисельність лікарів(без зубних лікарів) в Україні (усі форми відомчого підпорядкування та власності) у 2019 р. становила 224,1 тис. (у 2018 р. – 224,9 тис.). В електронній системі охорони здоров'я станом на 1 лютого 2021 р. зареєстровано 272 264 лікарів та медичного персоналу. З них: лікарів первинної ланки – 23 980; лікарів спеціалізованої медичної допомоги – 97 668; молодшого медичного персоналу – 153 251. Медичну допомогу населенню України надають заклади охорони здоров'я, підпорядковані МОЗ України, Мінінфраструктури України, АМН України, а також заклади охорони здоров'я приватної власності тощо. Основну частку загальної кількості лікарів сфери охорони здоров'я України складають лікарі системи МОЗ – понад 87 % лікарського кадрового потенціалу.

Тому аналіз структурного складу кадрового забезпечення вітчизняної сфери охорони здоров'я будемо проводити по кадровому складу системи МОЗ України. Тим більше, що з офіційною статистикою кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні в цілому є певні складності – цілісної картини просто не існує [3].

Поверхневий аналіз кадрової політики сфери охорони здоров'я в Україні не вказує на суттєві проблеми. На перший погляд здається, що деяка тенденція скорочення медичних кадрів відповідає загальній тенденції зменшення загальної чисельності населення України. Проте поглиблений аналіз вказує на низку проблем в кадровому забезпеченні галузі, які з одного боку, є ознакою

відсутності стратегічного планування кадрової політики в охороні здоров'я, а з іншого – унеможливають ефективність запровадження реформування медичної галузі.

Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, що відображено у табл. 2.1, має певні проблеми, а саме [16]:

– скорочення чисельності медичних працівників (як лікарів, так і працівників середньої ланки). В цілому по галузі, у порівнянні з 1995 р., чисельність медичного персоналу скоротилася на 125 тис. осіб (6 тис. – лікарів і 119 тис. СМП). Станом на кінець 2019 р., в галузі було зайнято понад 1 млн. чоловік, з них 196 085 лікарів (без зубних) і 421 987 СМП [33,34]. При цьому, переважну більшість склали жінки (понад 80 %). Лікарі обіймали 220 408 лікарських посад (при кількості штатних лікарських посад – 243 162), понад 24 тис. посад в лікувальних закладах зайняті за сумісництвом, коефіцієнт сумісництва становив 1,12;

– неуккомплектованість посад як лікарів, так і СМП. Відсоток укомплектованості лікарями становив 80,6 %, при цьому відсоток укомплектованості лікарями обласних лікарень – 85,1 %, міських – 77,8 %, центральних районних лікарень – 76,2 %, дільничних – 71,3 %, селищних лікарських амбулаторій – 69,2 %. Кількість вільних штатних посад становить 47,1 тис. Укомплектованість лікарськими кадрами не перевищує 75 % в 13 регіонах країни. При цьому, найнижчий відсоток укомплектованості спостерігається в Кіровоградській (67,6 %), в Херсонській (70,3 %), в Миколаївській (71,1 %), Сумській (72,3 %), Чернігівській (72,5 %) областях.

Щодо середнього медичного персоналу, то, починаючи з 2000 р., спостерігається стала тенденція до його скорочення. На сьогодні неуккомплектовано понад 24 тис. штатних посад середнього медичного персоналу. Найнижчий рівень укомплектованості спостерігається в м. Києві (75,4 %), а також в Київській (85,3 %), Дніпропетровській (86,4 %) та Донецькій (86,7 %) областях.

Таблиця 2.1

**Характеристика кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я
України**

Роки	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Всього лікарів усіх спеціальностей, (тис)	230	226	224	222	225	224
На 10 тис. населення	45,1	46,2	47,9	48,3	49,3	49,6
Всього лікарів, (тис.)	206,2	200,1	194,7	196,2	197,1	196,1
Забезпеченість (на 10 тис. населення)	40,4	40,8	41,6	42,7	43,2	43,1
Штатні лікарські посади (без зубних лікарів), (тис.)	292,6	238,8	241,03	244,19	244,0	243,2
Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами, (%)	70,5	83,8	80,8	80,3	80,8	80,6
Особи пенсійного віку (%)	17,5	18,2	21,0	22,9	24,5	25,2
Всього середнього медичного персоналу, (тис.)	540	486	438,8	430	428,7	421
Укомплектованість штатних посад фізичними особами, (%)	86,3	101,0	97,6	95,2	95,2	94,5
Особи пенсійного віку (%)	12,1	10,4	13,5	14,8	15,8	16,1

В цілому по Україні спостерігається недостатня кількість середнього медичного персоналу як у абсолютному значенні, так і у співвідношенні до лікарів (в середньому – 2,15:1 (а, наприклад, у таких регіонах, як Івано-Франківська, Львівська, Харківська, Чернівецька області та в м. Києві на одного лікаря припадає менше двох СМП), тоді, як у Європі цей показник становить – 3-4:1). Це викликає дисбаланс в системі надання медичної допомоги, обмежує можливості розвитку таких напрямів сфери охорони здоров'я, як сестринський догляд на дому, патронажна служба, реабілітація тощо.

Рівень забезпеченості лікарями, по Україні, на перший погляд, досить високий – 43,1 на 10 тис. населення, що перевищує середньо європейський показник (33 на 10 тис. населення). Проте середньоєвропейський показник вказує на забезпеченість лікарями-практиками, тоді як в Україні цей показник включає також організаторів охорони здоров'я, методистів, санітарних лікарів і вчених, і лише 27,0 на 10 тис. – власне забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, що значно менше, ніж середньоєвропейський показник [9].

Станом на 2019 р. в Україні не вистачало 46,9 тис. лікарів (з них понад 6 тисяч у сільській місцевості) і 24,8 тис. молодших спеціалістів з медичною

освітою. Найбільш відчутний дефіцит медичних кадрів спостерігається: лікарів – в Донецькій, Дніпропетровській, Луганській областях та м. Києві; СМП – в Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві, дані відображені на рис. 2.3 [16].



Рис. 2.3. Кадрова ситуація у вітчизняній сфері охорони здоров'я

Якщо показник забезпечення населення лікарями в загальному розрізі не викликає стурбованості і навіть має деяку тенденцію до підвищення, то забезпечення населення СМП стабільно знижується. Структуру лікарів за спеціалізацією представлено у табл. 2.2 [10].

Таблиця 2.2

Структура лікарів за спеціалізацією в Україні у 2021 р.

Спеціалізації	Кількість лікарів, осіб	Кількість лікарів на 10000 населення, осіб	Частка у структурі лікарів, %
Терапевти	44058	9,7	20,28
Хірурги	32402	7,2	14,91
Акушери-гінекологи	13667	3,0	6,29
Педіатри	13858	3,1	6,38
Офтальмологи	4807	1,1	2,21
Отоларингологи	4036	0,9	1,86
Невропатологи	7891	2,1	3,63
Психіатри	6069	1,7	2,79
Стоматологи	30827	1,3	14,19
Сімейні лікарі	12273	0,6	5,65
Лікарі інших спеціальностей	47399	7,2	21,81

Деталізований аналіз забезпеченості населення України лікарями в регіональному розрізі свідчить про виражену адміністративно-територіальну диспропорцію, яка, в переважній більшості, залежить від наступних чинників:

- рівня соціально-економічного розвитку: у регіонах з розвинутою інфраструктурою, концентрацією промислового виробництва тощо: на даних територіях, відповідно, формується й розгалужена мережа ЛПЗ, а рівень забезпеченості лікарями вищий, ніж в аграрних регіонах (наприклад, у м. Києві він становить 58,8 на 10 тис. населення, тоді як у Київській області – 38,03);

- особливостей природокористування: у регіонах з позитивними природними властивостями розвивається мережа санаторно-курортних закладів, що зумовлює більший рівень забезпечення, ніж в інших регіонах (в Одеській області – 42,8, Івано-Франківській – 57,6, Львівській – 52,3, середній по державі – 43,14 на 10 тис. населення);

- наявності медичних навчальних закладів і розгалуженості мережі науково-дослідних установ на даній адміністративній території, випускники яких забезпечуються роботою в тих самих регіонах (як, наприклад, м. Київ – 58,8, Харківська – 48,6, Львівська – 52,3, Одеська – 42,8, Чернівецька – 59,8 області).

Разом з тим, слід зазначити, що останнім часом дещо змінилась тенденція структури кадрового розподілу у відповідності з зазначеними категоріями. Особливо це стосується першої групи: на сьогодні у великих промислових містах, де середній рівень заробітної плати значно вищий, ніж по Україні, відбувається відтік медичних кадрів з державних медичних закладів, де рівень заробітних плат значно нижчий, у приватний сектор або в інші галузі, як, наприклад, фармацевтичну. Це стосується і третьої категорії – наявності навчальних медичних закладів, особливо щодо забезпеченості середнім медичним персоналом.

Отже, суттєвий вплив на формування кадрового потенціалу медичних закладів справляють зовнішні чинники. Негативна динаміка зайнятості у сфері охорони здоров'я, нераціональне співвідношення чисельності середнього

медичного персоналу та чисельності лікарів, диспропорції структури лікарів за спеціалізацією, що в цілому обумовлюють незадовільні умови для такого важливого напрямку менеджменту персоналу, як формування кадрового потенціалу, який передбачає підбір і прийняття на роботу працівників. Через це украй складно сформувані достатнє та якісне забезпечення медичних закладів відповідними фахівцями. При цьому необхідно наголосити, що під час підбору медичних працівників на перший план мають висуватися професійні якості, зокрема такі характеристики, як рівень кваліфікації, досвід, здатність до опанування інноваційних медичних технологій та вміння застосовувати їх у практичній діяльності, а також мають ураховуватися особисті, комунікативні, пізнавальні характеристики.

Під час підбору медичних працівників необхідно визначити рівень їх знань щодо: нормативно-правової бази у сфері праці та охорони здоров'я; правил і норм охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії та протипожежного захисту; санітарно-епідемічних норм; основ судово-медичної експертної справи; сучасних методів діагностики, лікування та лікарського забезпечення пацієнтів; методів надання невідкладної медичної допомоги; способів взаємодії з іншими спеціалістами, різними профільними службами, установами, організаціями, зокрема зі страховими компаніями; володіння теоретичними знаннями та практичними навичками за своєю спеціальністю (зокрема з анатомії, фізіології, патології, фармакології) з питань діагностичної, лікувальної, профілактичної та організаційної роботи; правил внутрішнього трудового розпорядку; положення про охорону конфіденційної інформації підприємства та медичної таємниці пацієнтів; юридичної відповідальності за неналежне виконання своїх посадових (чи професійних) обов'язків, яке спричинило заподіяння шкоди пацієнтам чи підприємству тощо.

Рекомендації Ради Європи пропонують урядам створювати сприятливі умови в юридичній і податковій системі для фінансування і керування не урядовими медичними організаціями, а бюджет охорони здоров'я, наскільки

можливо, повинен включати статті для підтримки їхньої діяльності, що для України зараз є важко здійсненним.

Таким чином, основними проблемами кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні є: диспропорція кадрового забезпечення; значне постаріння кадрового потенціалу; зростання плинності та міграції (внутрішньої, зовнішньої, внутрішньогалузевої та міжгалузевої); низька ефективність використання наявного потенціалу; падіння якості фахової освіти; незадовільна якість післядипломної освіти; недостатній досвід та організаційна роль керівного складу.

Проблеми кадрового забезпечення містять у собі низку ризиків:

- унеможливлення проведення реформування медичної галузі, а саме – досягнення її основної мети – забезпечення рівного доступу населення до гарантованої якісної медичної допомоги;
- розпорошення і неадекватне використання державного фінансування;
- відхід від соціально орієнтованих принципів державної політики у сфері охорони здоров'я та повна комерціалізація української медицини;
- погіршення медико-демографічної ситуації в країні.

Отже, можемо дійти висновку, що управління персоналом закладів охорони здоров'я державного сектору є найбільш значущим і першочерговим інструментом. А вдосконалення процесу управління персоналом дасть змогу ефективно управляти людськими ресурсами, що принесе як економічні, так і соціальні результати індивіду, колективу, організації загалом.

Змінюється ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та система охорони здоров'я загалом. Разом з цими змінами має бути впроваджена нова система управління закладами охорони здоров'я, що приводить до зміни парадигми системи управління персоналом цих інституцій.

Ідеальною моделлю кадрової політики в системі охорони здоров'я будь-якого організаційного рівня, виходячи із зазначеної вище класифікації, можна вважати активну, відкриту, практичну, послідовну, конструктивну, усвідомлену

і цілеспрямовану, комплексну, гнучку, демократичну та засновану на сучасній кадровій концепції політику управління людськими ресурсами. Ефективність діяльності керівників медичних організацій оцінюють у результаті досягнення цільових індикаторів, де компетентність менеджера є домінуючим фактором успішного виконання поставлених завдань. Однак результат проведення оцінки буває позитивним лише в тому випадку, коли обґрунтовано визначено її цілі й раціонально сформовано інструментарій оцінки.

Питання оплати праці робітників організацій охорони здоров'я є однією з найактуальніших соціально-економічних проблем, тому що професія лікаря має одну з найнижчих заробітних плат в Україні.

У 2019 р. середньомісячна заробітна плата працівників сфери охорони здоров'я складала 10 158,5 грн. порівняно з 11 129,33 грн. у сфері освіти та 11 970,75 грн. у сфері мистецтва спорту та розваг. Оплата праці медичним працівникам базується на єдиній сітці оплати праці з урахуванням усіх доплат. Такий тип оплати праці є фіксованим, отже, не залежить від якості та обсягу наданих медичних послуг та медичної допомоги, тому медичний персонал отримуватиме фіксований розмір заробітної плати навіть якщо він не виконав певного обсягу роботи, й навпаки. Наприклад, в однакових умовах працюють два працівника медичної сфери з однаковою кваліфікацією та досвідом роботи, однак один із цих лікарів є висококваліфікованим і в день обслуговує приблизно 30 пацієнтів, а інший працює на половину сили, відповідно, йому в день припадає близько 15 пацієнтів. Відповідно до фіксованої тарифної системи оплати праці кожен з них отримує однакову заробітну плату. У підсумку цієї ситуації очевидно, що перший лікар змінить своє ставлення до роботи, зменшивши своє напруження, й працюватиме менше, оскільки матеріальних винагород за високо напружену роботу він не отримує. Така ситуація показує невиконання однієї з найважливіших функцій системою оплати праці для ефективності виконуваної роботи, яка досягається шляхом стимулювання, заохочення та санкціонування. В результаті цього якість медичних послуг знижується, оскільки немає прагнення докладати більше

зусиль під час лікування, надання медичних послуг та необхідного догляду за пацієнтом. Отже, у зв'язку з цим виникає необхідність докорінної зміни форм, систем та принципів оплати праці медичного персоналу. Оплата праці кадрів медичних установ має передбачити доплату працівникам як винагороду за досягнуті результати та за ефективність роботи понад установлених тарифів заробітної плати шляхом впровадження, наприклад, погодинної преміальної системи оплати заробітної плати.

Це дасть змогу зацікавити працівників у їх досягненні кількісних та якісних показників та посиленні відповідальності щодо надання медичних послуг.

Повертаючись до сказаного вище, відзначаємо, що медичний персонал є основою системи охорони здоров'я та її головним ресурсом у виробленні медичних послуг. Таким чином, він створює високоякісну та висококваліфіковану медичну допомогу, тому саме від медичних працівників залежить рівень медичної та соціальної ефективності системи охорони здоров'я загалом, отже, результативність їх роботи залежить від системи управління, якісного мотиваційного механізму й системи оплати праці в медичній галузі. Слід однак зазначити, що у зв'язку з набуттям чинності постанови Кабінету Міністрів України від 12.01.2022 № 2 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я» [15], розмір нарахованої заробітної плати медичним працівникам закладів охорони здоров'я державної або комунальної форми власності за повністю виконану місячну (годинну) норму праці встановлений у межах фонду оплати праці на 2022 р. на рівні не менше:

- 20 000 грн. – для лікарів (крім лікарів-інтернів), професіоналів з вищою немедичною освітою, які допущені до медичної діяльності в закладах охорони здоров'я;

- 13 500 грн. – для фахівців з початковим рівнем (короткий цикл) вищої медичної освіти та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти.

Організації охорони здоров'я несуть збитки, як і будь-які інші організації у разі неефективного управління фондом оплати праці, а продуктивність праці

робітників може зменшуватися за несправедливої чи непрозорої системи стимулювання та компенсацій. Такий розклад створює необхідність зміни системи, форми оплати праці та вдосконалення механізмів, інструментів мотивації та стимулювання праці медичного персоналу, тому варто підкреслити, що головним завданням керівника з управління є формування якісного механізму здійснення мотивації та стимулювання персоналу, оскільки саме він впливає на працівників, активізацію їх діяльності задля підвищення продуктивності та ефективності.

Мотивація – це процес усвідомленого зваженого вибору людиною певної поведінки, яка визначається впливом зовнішніх стимулів та внутрішніх мотивів у сукупності. У трудовій діяльності мотивація дає змогу працівникам задовольнити власні потреби шляхом ефективного виконання трудових обов'язків. Керівники закладів охорони здоров'я, вводячи мотиваційні механізми в дію, вибудовують стійку мотивацію виконання трудових обов'язків, враховуючи основні потреби підлеглих, спонукають їх до діяльності, яка приводить до досягнення поставлених цілей. При цьому індивідуальні та загальні цілі в організації є підпорядкованими, тому механізм мотивації та трудовий механізм мають бути вибудовані індивідуально під кожного працівника, враховуючи дійсні мотиви поведінки співробітників. Підкріплюючими елементами мотиваційного процесу є винагороди. Проте ці інструменти мають здійснюватися виключно разом із мотиваційним процесом для побудови ефективного механізму мотивування та стимулювання в організаціях. У розумінні стимулювання мотивації лежить зовнішнє спонукання до здійснення дійна основі інтересу. Кожен керівник зазвичай має справу з мотивацією та стимулюванням підлеглих.

Внутрішня винагорода, тобто власне мотивація, здійснюється самою роботою, адже вона приносить почуття значущості, самоповаги, досягнення результату чи змістовності самої роботи. Таким чином, найпростішим методом забезпечення та досягнення внутрішньої винагороди є наявність необхідних умов для діяльності та наявність точної постановки завдання. У межах

медичної установи прикладом інструментів забезпечення внутрішньої винагороди є створення належних умов роботи завдяки наявності необхідного матеріально-технічного оснащення (наприклад, згідно з примірним табелем матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я), комп'ютеризації, адекватного навчання медичного персоналу та його розвитку, ротації кадрів тощо. Щодо зовнішньої винагороди, то вона не може виникати від самої роботи, а має надаватись організацією.

З точки зору мотивації вона є стимулом до праці, спрямованим на розширену реалізацію фактичного трудового потенціалу. Виходячи з цього, можемо сказати, що стимули та мотивація реалізують стратегію та тактику управління персоналом.

Вирішення проблеми підвищення якості надання медичних послуг та їх ефективності є можливим через здійснення комплексного підходу, що враховує існування різних типів співробітників, таких як співробітники, орієнтовані на оплату праці чи інші матеріальні цінності; співробітники, орієнтовані на змістовну та суспільно значущу працю; співробітники зі збалансованою значущістю різних цінностей.

Таким чином, актуальною буде модель системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я, яка враховує сучасні методи управління, механізм стратегічного менеджменту, психологічні та економіко-соціальні методи впливу, спрямована на підвищення ефективності працівників, якості надання медичних послуг на державному рівні.

Отже, підсумовуючи висвітлені проблеми сфери охорони здоров'я, очевидно визнаємо потребу впровадження суттєвих змін у систему формування фонду заробітної плати для медичних працівників, стимулювання та мотивацію персоналу, механізм використання можливостей і потенціалу працівників тощо. Вважаємо, що застосування досвіду європейських країн з розвиненою системою охорони здоров'я, часткове переймання принципів вітчизняних компаній у різних галузях економіки у спектрі управління

персоналом, застосування новітніх технологій управління є можливими з урахуванням реальних можливостей нашої країни.

Нині необхідно констатувати й відсутність в Україні єдиної стратегії кадрової політики у сфері охорони здоров'я. При цьому до основних недоліків кадрового забезпечення медичної галузі можна зарахувати:

- невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі з урахуванням реформування медичної галузі;
- відсутність єдиного стратегічного планування кадрової ситуації в галузі охорони здоров'я на місцях з урахуванням викликів впровадження медичної реформи, недостатній розвиток регіональних програм підготовки медичних працівників, відсутність стимулювання працевлаштуванням молодих спеціалістів та програми контролю за ним;
- значний розрив у заробітній платі між лікарями сімейної медицини та вузькими спеціалістами; низький рівень заробітної плати, що, відповідно, призводить до зниження престижності професії, особливо серед молоді;
- диспропорція кадрового забезпечення на регіональному та галузевому рівнях;
- відсутність мотивації та стимулювання до поліпшення результатів діяльності серед медичних працівників;
- брак фахових спеціалістів – менеджерів у галузі охорони здоров'я.

З метою стимулювання лікарів підвищувати свій професійний рівень протягом усього професійного життя, а не лише напередодні атестації, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) впроваджує систему безперервного професійного розвитку (БПР). Відповідні зміни були закріплені Наказом МОЗ «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» № 446 від 22.02.2019 р. Прийняття зазначеного закону повністю змінило вимоги до атестації медичних працівників, перевівши її з тимчасового (перед атестацією) характеру у постійний та обов'язковий. Безперервний професійний розвиток є постійним процесом для медичних працівників, що передбачає безперервне професійне вдосконалення.

У межах відповідальності і завдань керівника медичного закладу з'явилися контроль та постійний моніторинг проходження цього процесу медичним персоналом лікарні. Зміни, які відбулись із прийняттям зазначеного законодавчого акта, були узагальнені в табл. 2.3 [43; 14].

Таблиця 2.3

Порівняльна таблиця вимог до професійного розвитку лікарів

Показник	Атестація за попередніми вимогами	Атестація за оновленими вимогами
Документ, що регламентує процес атестації	Наказ МОЗ «Про подальше удосконалення атестації лікарів» № 359 від 19.12.1997 р.	Наказ МОЗ «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» № 446 від 22.02.2019 р.
Періодичність проходження атестації	1 раз на 5 років	1 раз на 5 років
Звітний документ	Атестаційна робота за останні 3 роки до проходження атестації за встановленим планом із розрахунком показників роботи (30-50 сторінок)	Особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку – 1 сторінка, куди у встановленому нормативними документами порядку вносить нараховані бали окремо за кожним видом діяльності (формальна, неформальна та інформальна освіта)
Процедура атестації	Співбесіда з атестаційною комісією	Надсилання заповненого особистого освітнього портфоліо за період, за який обліковуються бали, до відповідної атестаційної комісії
Оцінка в балах	Проходження передатестаційного циклу (ПАЦ) та циклу тематичного удосконалення (ТЕУ)	Мінімально необхідно набирати по 50 балів щороку. Якщо лікар атестується за кількома спеціальностями, від нього не вимагатимуть щороку отримувати по 50 балів із кожної спеціальності
Корпоративна культура	Хитрування підчас відвідування обов'язкових циклів підвищення кваліфікації, подання недостовірної інформації у звітах	Прозорість і неупередженість. Особу, яка подала недостовірні дані про результати безперервного професійного розвитку або яка має недостатню мінімальну річну кількість балів, а також її роботодавця комісія повідомить листом, зокрема електронним. Атестаційна комісія не атестуватиме особу, яка подала недостовірні дані про результати проходження безперервного професійного розвитку.
Провайдер освітніх послуг	Чітко визначений перелік провайдерів облігатних курсів	Вільний вибір навчання- лікарем без прив'язування до спеціальності: формальна, неформальна чи інформальна освіта
Відповідальність	Персональна – лікаря	Персональна – лікаря

Варто зазначити, що з прийняттям зазначеного закону в 2019 р. безперервний професійний розвиток мав рекомендаційний характер. Обов'язковою вимога набрати 50 балів була лише для лікарів, які мали атестуватися в 2019 р. При цьому не було вимоги звітувати про облік балів. З 1 січня 2020 р. новий порядок щодо безперервного професійного розвитку став

обов'язковим для 100 % лікарів України. Виняток становили лише лікарі в декретній відпустці, відпустці для догляду за дитиною, які могли не дотримуватися оновлених вимог до БПР.

Новий порядок атестації дає медичним працівникам значно ширші можливості для задоволення потреб індивідуальної лікарської практики та розвитку. Важливо, що тематика навчальних заходів може фактично не відповідати спеціальності, з якої атестується медичний працівник. У разі проходження лікарем атестації за кількома спеціальностями, від нього не вимагатимуть отримувати по 50 балів із кожної спеціальності щороку. Відповідно, достатньо буде набирати щороку по 50 балів. Бали за кожен вид освітньої діяльності мають нараховуватись за чітко визначеними критеріями, відповідно до формальної та неформальної освіти. При цьому необхідно мати підтвердження кожного освітнього процесу та заходу (сертифікат чи диплом) за визначенням провайдера. Атестаційна комісія буде приймати рішення про присвоєння або підтвердження категорії медичним працівникам на підставі поданих документів відповідно до затвердженого переліку. Рішення про відмову у присвоєнні або підтвердженні категорії атестаційна комісія може прийняти, як що лікар не зміг набрати мінімальної кількості балів або подав недостовірні дані в особистому порт фоліо БПР.

Особисте портфоліо – це документ, який містить всю інформацію щодо БПР лікаря. Передбачається, що процедура щорічної перевірки особистих освітніх портфоліо лікарів розпочинається з 2021 р.. При цьому портфоліо за попередній рік лікарі подаватимуть у поточному календарному році до 1 березня (у 2022 р. – за 2021 р.).

На рис. 2.4 узагальнено та систематизовано основну інформацію щодо атестації медичних працівників (БПР) у датах для здійснення моніторингу та контролю атестації медичних працівників, що є одним з аспектів управління медичними кадрами [33]. Ця схема може стати дорожньою картою для персоналу лікарні.

2019	5 квітня 2019 року набрав чинності наказ МОЗ «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» від 22.02.2019 р. № 44В
	У 2019 році мали право використати бали за ПАЦ лікарі, які пройшли передатестаційні цикли у 2019 році
2020	1 січня 2020 року став обов'язковим облік балів за проходження безперервного професійного розвитку
Січень	
Лютий	Провайдерів не визначили. Медичні працівники мають право включати в освітнє портфоліо інформацію про участь у будь-яких заходах безперервного професійного розвитку
Березень	
Квітень	
Травень	
Червень	
Липень	З 1 липня 2020 року бали нараховуватимуть лише за заходи зареєстрованих провайдерів
Серпень	
Вересень	
Жовтень	
Листопад	
Грудень	
2021	До 1 березня 2021 року лікарі вперше повинні були надіслати копію особистого освітнього портфоліо за 2020 рік
	З 2021 року лікарі щорічно надсилатимуть заповнене особисте освітнє портфоліо до відповідної атестаційної комісії до 1 березня наступного за звітним року

Рис. 2.4. Систематизація основної інформації щодо атестації медичних працівників (БПР) у датах

Усі новації щодо професійного розвитку медичного персоналу, атестації та управління й адміністрування цим процесом із позиції керівника медичного закладу було узагальнено на рис. 2.5 [33].

В умовах активного впровадження медичної реформи особливої актуальності набуває проблема кадрової політики, особливо для закладів охорони здоров'я. Підвищуються вимоги до надання медичних послуг, що своєю чергою призводить до конкурентної боротьби серед медичних закладів. Робота сучасної організації на всіх рівнях залежить від багатьох об'єктивних і суб'єктивних факторів. Кадрова політика – один із найважливіших інструментів впливу на всі процеси, що відбуваються в колективі, в тому числі, на його розвиток. Ефективна кадрова політика сприяє вирішенню численних господарчих питань.



Рис. 2.5. Основні дати і цифри щодо атестації медичних працівників

Робота з персоналом у сучасних умовах має не тільки організаційно-адміністративне, але й широке соціально-економічне значення. Нині однією з основних проблем ефективної кадрової політики медичних закладів України є відсутність єдиної стратегії кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

Дослідження механізму управління кадрами дало змогу сформулювати концептуальну модель управління персоналом ЗОЗ, що складається з чотирьох взаємопов'язаних систем: система руху кадрів; система оплати і мотивації працівників; організаційна система роботи; заходи впливу та співробітництва, робота в командах.

Питання кадрової та стратегічної політики у сфері охорони здоров'я регламентуються нормативно-правовими актами, які визначають загальні

питання функціонування та реформування сфери охорони здоров'я. Разом із цим вони регламентують питання підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації керівників та інших працівників медичних закладів.

2.2. Аналіз міжнародних підходів до кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я

У вирішенні накопичених фундаментальних проблем розвитку України, а саме у пошуках шляхів перебудови моделі національної економіки за зразком розвинених країн світу, підвищення соціальних гарантій, покращення якості життя неодмінно потребує реформування й сфера медицини, зокрема підвищення ефективності існуючої системи її кадрового забезпечення.

Серед напрямів покращення кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України варто згадати Британську модель, або модель Беверіджа [51], яку МОЗ України вибрало для наслідування, де найбільша підтримка населенням цієї галузі, та займає 18 місце в світовому рейтингу. В Британській моделі більшість послуг покривається державою (98 %), але частково стоматологія, та косметичні операції повністю пацієнтом (1,2 %).

Щодо моделі медицини США [42], то це приватна медицина з широким розповсюдженням медичних страховок в тому числі Medicare чи Medicaid, хоча вони є досить обмеженими в можливостях пацієнта. Розповсюджені сімейні лікарі в окремих медичних кабінетах. Щодо направлення до інших лікарів то це дуже обмежене страховкою.

Важливо згадати широке пристосування медичних закладів для пацієнтів втому числі для людей з обмеженими можливостями. Також вся галузь є максимально інформатизованою, з широким впровадженням ПЕОМ в кадрах та веденням всіх записів в електронному форматі в базах даних. Вартість навчання є досить високою, тому наявною є нестача кадрів яка поповнюється за рахунок іммігрантів, а також частіше висувається потреба в безоплатній освіті сімейного лікаря загальної практики.

Медицина США є найбільш дороговартісною одночасно при найбільшому фінансуванні. Недоліком є висока кількість юридичних скарг та переслідувань, тому лікарі на прийомі є дуже стриманими та все задокументовують. Дуже поширеними є відрадженьня працівників швидкої допомоги в інші штати на навчання.

В США діють найбільші в світі дослідні інститути фармацевтичних компаній, які часто залучають до своєї роботи лікарів. Головний лозунг «пацієнт завжди на першому місці». В цілому в системі найбільший пріоритет надається самій медичній діяльності, потім дослідна та навчальна діяльність.

В моделі охорони здоров'я Бісмарка [52] діє найстаріша в світі страхова медицина, в якій діють медичні каси що співпрацюють з медичними кабінетами. Ці каси обирає сам працівник та заключає договір з страховою компанією по якому сплачується 15 % від заробітної плати на місяць, 7,5 % роботодавець та 7,5 % сам пацієнт щомісяця.

Щодо процесу підготовки лікарів [56] у Великій Британії то варто зауважити що система навчання вважається найдавнішою в Європі, хоча вона схожа до освітньої системи США, і більшість провідних шкіл фінансується урядом. На початку здобувається загальна освітня підготовка бакалавра напряму медицини чи хірургії. При вступі на магістра, відзначені студенти обов'язково запрошуються на традиційне інтерв'ю. Щодо методів навчання то використовуються практичне та лекційне навчання, а структура курсу поділяється на до клінічну, клінічну та інтегровану навчальні програми. Процедура працевлаштування обов'язково відбувається на останньому курсі для початку проходження резидентури.

В Німеччині [28] діє безкоштовне навчання всім хто знає німецьку мову на рівні B2 та має легальні права проживання. Існує значний відтік кадрів за кордон в США, Велику Британію, Австрію та Швейцарію. Робочими іммігрантами в медицину є в основному жителі центральної та східної Європи, в тому числі з України, вимогами є знання Німецької на рівні B2 та переклад диплому з засвідченням (особливою печаткою), але найбільше з Польщі. Щодо

медичних кадрів існує негласне правило «втомлений лікар – поганий лікар», тому максимум працюють на 1,5 ставки, а робочий тиждень складає 40 годин. Понаднормативні робочі години оплачуються або трансформуються за бажанням працівника в додатковий вихідний день.

Щодо підготовки кадрів в Німеччині [48] то варто виділити регламентовані напрямки навчання урядом, на які навчаються в державних університетах що дозволяє займатися професійною практикою в усіх закладах та закладах Європейського союзу, а нерегламентовані можуть мати найрізноманітніший характер на потреби внутрішнього приватного ринку країни. Також процес підготовки включає:

- університетський курс медицини 5500 годин протягом шести років, що включає практичне навчання в лікарні на протязі сорока восьми тижнів;
- тренінги з надання медичної допомоги;
- три місячні курси медичної сестри;
- практика студента-медика в лікарні чотири місяці;
- медичні огляди, які повинні бути проведені щодо трьох частин.

Щодо контролю знань варто виділити:

- перший іспит після дворічного курсу;
- знання частини дослідження між першою та другою частиною медичного обстеження перевіряються університетами у вигляді градуїованих сертифікатів про досягнення;
- друга частина державного медичного огляду після п'яти років навчання (до практичного року);
- третій розділ державного медичного огляду після шести років навчання (після практичного року).

В зарубіжних країнах часто використовують спільно розроблені інформаційні системи іспитів для створення спільного інформатизованого поля майбутніх кадрів через значну міграцію населення та з метою попередження невдалої діагностики та надання якісної допомоги з цінними консультаціями.

Характеристика систем освіти та кадрового забезпечення зарубіжних країн наведена в таблиці 2.4 [30; 56; 48; 42; 51].

Таблиця 2.4

Характеристики зарубіжних систем та кадрового забезпечення охорони здоров'я

Країни / напрями	США	Велика Британія	Німеччина	Польща	Україна
Освіта	Коледжі та Університети Найдорожча система освіти, можливі кредити, обов'язкові дослідні роботи та лабораторії	Найдавніші наукові школи, особливі традиції, Широке провадження дослідних робіт	Безоплатна освіта, максимальне забезпечення обладнанням, обмін студентами, проведення дослідних робіт	Робота закладів згідно стандартів ЄС, Програми набору студентів із-за кордону	Проведення реформи виходу з кризи охорони здоров'я, відсталість в оснащеності
Мотивація	Висока оплата початкової практики. Найвищий рівень ЗП, найбільш конкурентний ринок праці	Оплачувана навчальна практика. Високий рівень ЗП, високий рівень конкуренції	Достойно оплачувана практика, високий рівень ЗП, значний рівень конкуренції	Середній рівень ЗП, досить відкритий ринок для іноземців	Недостатній рівень ЗП, постійне підвищення вимог до кваліфікації
Організація	Лідер у провадженні новітніх технологій та інформатизації, новітнє обладнання, великі клініки та окремі кабінети.	Консерватизм, обережне введення новітніх технологій, максимальне забезпечення обладнанням медкабінети та клініки	Провадження перевірених ефективних технологій, достатнє забезпечення обладнанням медичні кабінети.	Великі лікарняні заклади та окремі кабінети, достатня швидкість провадження технологій	Переважно великі лікарняні заклади, нестача обладнання, проблеми діагностики
Набір і відбір кадрів	Найвищий рівень конкуренції Програми залучення кадрів з інших країн	Високий рівень конкуренції, Консерватизм в залученні іноземців	Низька конкуренція. Незначні перепони для іноземних працівників	Помірна конкуренція, Залучення кадрів з інших країн	Низький рівень конкуренції, Відсутність конкуренції з іноземцями
Професійне навчання, перепідготовка підвищення кваліфікації	умови високої конкуренції, навчання в закладах освіти, участь в дослідженнях фармакології	навчання в закладах освіти, тренінги в закладах підвищення кваліфікації	періодичні навчання в закладах охорони здоров'я, міждержавні наукові заходи	Програми спрощеного залучення іноземців курси підвищення кваліфікації	курси семінарів в закладах післядипломної освіти, відрядження на конференції

Медицина Польщі [30] має страхову модель та поділена на 2 сектори, приватний та державний, в другому випадку розмір страховки біля 2,5 % від зарплати та біля 2 % сплачує роботодавець, а в першому випадку вартість страховки є в рази вищою та індивідуальною. Діє система сімейних лікарів.

Відтік кадрів є відчутним, хоча швидко замінюються іммігрантами з СНД та України. Система є схожою до моделі Великої Британії. Всі ліки лише по рецепту, а вартість повністю чи частково компенсується державою за наявності страховки.

Також навчання в Польщі проводиться на початковому етапі по загальному напрямку бакалавра, наступним кроком [55] є магістр який дає змогу отримати спеціальну підготовку. Спеціальна підготовка складається з отримання спеціалізації, що в подальшому дає змогу пройти навчальну практику резидентом. Сертифікати навчання Польщі визнаються всіма країнами Європи та Північної Америки, тому в польських університетах при досить невисоких цінах надається якісна освіта та існує широко використовувана процедура набору абітурієнтів з за кордону. Для іноземців що не знають польську мову на достатньому рівні рекомендується навчання англійською мовою, хоча при тривалому проживанні в Польщі та знанні мови можна отримати безкоштовне навчання зі стипендією.

Серед розглянутих іноземних переваг кадрового забезпечення варто виділити США, де персоналом використовуються найновітніші технології як роботи з кадрами такі лікування, навчання з використанням передових технологій та методів. Хоча така система охорони здоров'я створює проблеми доступності медичних послуг, так як система в переважній мірі приватна та розрахована на отримання прибутку лікарнями та страховими компаніями.

Реформа децентралізації передбачає фінансування лікарень з місцевих бюджетів та зміну суб'єктів управління з головного лікаря на директора, в якого забирають функції лікаря та залишають лише функції керівника та додаються рада ОТГ і мер міста, які разом затверджують кошторис лікарні, при цьому останні не завжди на стороні лікарні.

При обмеженому фінансуванні постає проблема відсутності джерел для проведення наукових та експериментальних досліджень лікарями, що є поширеним за кордоном. Що призводить до втрати творчого потенціалу кадрів

охорони здоров'я в навчальних закладах та закладах практики відображено на рис. 2.6 [56; 48; 42; 51].



Рис. 2.6. Заходи покращення кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні на основі опрацювання зарубіжного досвіду (складено авторами на основі джерел)

Провівши аналіз охорони здоров'я України та інших країн, щодо освіти в Україні навчання проводиться в спеціалізованих медичних ЗВО зі здобуттям медичної професії та кваліфікації. В наступному підвищення кваліфікації для вищих категорій проходить в закладах післядипломної освіти. В США, Великобританії, Німеччині, часто проводяться з'їзди по семінарах та лекціях за участі іноземних представників, проводиться обмін досвідом з іноземними країнами, існують програми стажування за кордоном.

В Україні гостро стоїть проблема реформування медицини з метою створення більш дієвої моделі реагування на непередбачувані виклики, зокрема пандемії вірусів.

Для цього є адміністративні ресурси, але гостро постає завдання покращення внайкоротші строки кадрового забезпечення, підвищення кадрового потенціалу медичної сфери, подальше покращення системи освіти та мотивації медичних працівників.

Реформа медицини в Україні [33] є поєднанням існуючої системи Семашка та системи охорони здоров'я Великої Британії, та має назву «модель 5» [7], із запровадженням зеленого пакету (оплата державою), синього пакету (співоплата) та червоного пакету (оплата пацієнтом) [49]. Згідно сімейної медицини, зарплата сімейного лікаря 15-18 тис. гривень з 2019 р.. Лікар підписує договори з пацієнтами і не має права відмовляти поки не отримає 2000 пацієнтів. Заробітна плата не напряму нараховується лікарю, а лікарні, після чого лікар отримує ту долю, що зазначена в договорі [31].

Пришвидшення провадження ПЕОМ в заклади охорони здоров'я, з отриманням для пацієнтів електронної бази історій хвороб та лікарських записів, електронного рецепту та електронних направлень, дозволить усунути до мінімуму можливі негативні корупційні ризики.

Проведення реформ є необхідною умовою підвищення ефективності сфери охорони здоров'я в Україні. Пріоритетним завданням в контексті реформування сфери охорони здоров'я має стати вдосконалення системи кадрового забезпечення, що дозволить забезпечити нарощення кадрового потенціалу у цій галузі. До значних негативних чинників, що стримують процес реформування відносять низький рівень оплати праці та соціального страхування медичного персоналу, зокрема за вузькоспеціалізованого кваліфікацією, зокрема працівників, які можуть проводити лабораторні дослідження в періоди пандемій вірусів. Це пов'язано з недосконалістю системи фінансування лікарняних закладів. Низький рівень зарплат спричиняє еміграцію медичних кадрів до сусідніх Польщі, Чехії та інших країн Західної

Європи, також студенти навчаючись у ЗВО сфери охорони здоров'я нерідко намагаються укласти угоди про подальше працевлаштування в країнах Європи, де рівень матеріального забезпечення, охорони праці та соціального захисту медичних кадрів є на порядок вищими. В той же час Польща веде активну політику залучення кадрів з України та країн СНД.

Отже, сфера охорони здоров'я потребує значних змін в системі кадрового забезпечення, до найважливіших з яких можна віднести оновлення матеріально-технічного забезпечення та інших засобів закладів охорони здоров'я, підвищення рівня зарплат лікарів залежно від їх досвіду роботи та фахового рівня, створення системи додаткової мотивації та програм стримування трудової міграції випускників медичних закладів вищої освіти та висококваліфікованих вітчизняних кадрів. Проте, на першому етапі до повноцінного впровадження системи страхової медицини це потребуватиме насамперед суттєвого збільшення витрат на охорону здоров'я, що є великою проблемою в умовах постійної економічної нестабільності та незбалансованості державного бюджету, та погіршується в умовах воєнного стану, коли пріоритетами фінансування є питання безпеки та відбудови.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ВІТЧИЗНЯНОЇ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Перспективи зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я

Збереження, охорона та зміцнення здоров'я громадян є одним із ключових пріоритетів держави, який покликана реалізувати система охорони здоров'я. Повномасштабне вторгнення РФ в Україну спричинило критичне навантаження на національну систему охорони здоров'я, що пов'язано не лише зі значними руйнуваннями об'єктів закладів охорони здоров'я, але й підвищенням попиту громадян на різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритетними до війни. Гострота проблеми зумовлена також суттєвою міграцією серед населення та медичних працівників. Відбудова релевантної сучасним реаліям української системи охорони здоров'я сприяла б ефективному відновленню людського капіталу, який передусім є фундаментом для реанімування країни від наслідків війни. Зусилля щодо відновлення пріоритетно повинні бути спрямовані на трансформацію системи охорони здоров'я відповідно до потреб громадян та наявних державних ресурсів таким чином, щоб вона була спроможна не лише забезпечити надання громадянам якісної і своєчасної медичної допомоги, але й була готовою до реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я різного характеру.

Сектор охорони здоров'я є одним із найбільш постраждалих внаслідок війни. Станом на 21.06.2022 р. повністю зруйновано 118 об'єктів закладів охорони здоров'я, частково зруйновано (руйнування від 2 % до 90 %) 633 об'єктів закладів охорони здоров'я. Орієнтовна вартість збитків попередньо складає майже 35 млрд. грн. [47]

Система охорони здоров'я зазнає також особливого навантаження у зв'язку із міграцією населення (близько 7 млн. українців стали вимушеними

переселенцями) та втратами та переміщеннями медичних працівників. За період війни 12 медичних працівників загинуло, 47 поранено. 2 372 працівників центрів екстреної медичної допомоги перебувають на окупованих територіях. 2 273 медичних працівників виїхали за кордон (0,5 % від усієї кількості медичних працівників в країні), 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну. Брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та психічного здоров'я загострює ситуацію із забезпеченням потреби громадян у якісних і доступних послугах.

Тож, Національною радою з відновлення України від наслідків війни було створено Проект плану відновлення України. Розглянемо розділ охорони здоров'я та Пріоритет № 5 «Зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я» [36].

До основних проблем, які необхідно вирішити в рамках Плану відновлення відносять такі:

- несучасним та нерелевантним є зміст освіти, що призводить до браку практичних навичок, клінічного мислення та управління змінами у майбутніх медичних працівників;
- нерівномірність розподілу кадрових ресурсів в охороні здоров'я посилилася міграцією медичних працівників, під час війни у західні регіони та за кордон;
- відсутність механізмів планування кадрів на рівні закладу та регіону, що не дає можливості зрозуміти необхідну кількість фахівців для надання певного об'єму послуг, що загострюється відсутністю даних про реальну кількість населення, яке потребує послуг на найбільш уражених територіях під час війни;
- відсутність дієвої системи мотивації у місцевої влади для залучення медичних працівників та фахівців з реабілітації до найбільш уражених територій під час війни;

- відсутність/обмеженість прозорості/справедливої системи найму, підтримки та кар'єрного розвитку медичних працівників у межах закладу ОЗ;
- обмежені повноваження медичних сестер/братів у наданні медичних послуг;
- відсутність/обмеженість механізмів залучення немедичних працівників (соціальних працівників) до надання послуг у сфері охорони здоров'я;
- відсутність/обмеженість критичних навичок у медичних працівників для надання послуг з лікування травми, реабілітаційної допомоги, психічного здоров'я, а також з менеджменту закладів під час війни та у післявоєнний період.

Головні перешкоди до вирішення проблем є:

- триваюча повномасштабна військова агресія російської федерації проти України;
- обмежене фінансування, спричинене економічною кризою внаслідок війни;
- корупція у системі освіти в охороні здоров'я;
- відтік кадрових ресурсів із регіонів, які зазнали найбільших руйнувань.

Система підготовки кадрів у сфері охорони здоров'я, має низку проблем. Наразі відсутня мережа сильних медичних університетів. Несучасним та нерелевантним є зміст освіти, а відсутність сучасних та потужних університетських лікарень та симуляційних центрів призводить до браку практичних навичок у майбутніх медичних працівників. Пандемія COVID-19 виявила дефіцит кадрів у сфері громадського здоров'я, зокрема епідеміологів. Нерівномірність розподілу, загострена війною, посилюється відсутністю механізмів планування кадрів на рівні закладу та регіону, що не дає можливості визначити необхідну кількість фахівців для надання певного об'єму послуг. Ще до війни фрагментарний соціальний захист працівників охорони здоров'я не сприяв їх загальному добробуту, що безпосередньо впливало на рівень роботи з

надання медичної та реабілітаційної допомоги населенню та забезпечення функцій громадського здоров'я. Не запроваджений порядок проходження БПР фахівцями з реабілітації.

Під час війни та в післявоєнний період, коли велика частина інфраструктури в Україні є зруйнованою, а доступ до лікарів та фахівців з реабілітації є значно ускладненим, особливої ваги набуває роль медичних сестер/медичних братів. Сучасна система охорони здоров'я вказує на доцільність зміщення межі між професіями лікаря та медичної сестри у напрямку надання більших повноважень медичним сестрам, розширення їх клінічного та управлінського функціоналу.

Особливої актуальності під час війни та післявоєнний період набуває і залучення соціальних працівників у систему охорони здоров'я. Відсутність у штаті лікувальних закладів соціальних працівників свідчить про те, що функції, які вони могли б здійснювати, наразі виконують медичні сестри, а частина функцій, пов'язаних із доглядом, лягають на плечі родичів або не виконуються взагалі. У навчальний процес закладів освіти повинні бути запроваджені сучасні програми підготовки спеціалістів первинного рівня медичної допомоги із менеджменту ПТСР та інших порушень психічного здоров'я, асоційованих із наслідками військових дій.

Крім того, зростаюча роль лікаря загальної практики – сімейної медицини диктує вимогу до розширення його знань і навичок з різних питань. Окрема увага має бути приділена набуттю нових клінічних навичок лікарями із особливим акцентом на терапії фізичних ушкоджень у жертв війни (наприклад, технології із реконструктивної хірургії), і тому для задоволення попиту мають бути започатковані та функціонувати відповідні програми навчання.

На всіх етапах реалізація заходів зі зміцнення та посилення кадрових ресурсів повинна бути спрямована на досягнення ключових характеристик кадрових ресурсів системи охорони здоров'я: наявність, доступність, прийнятність та якість.

Перша ціль, яку необхідно досягти, згідно Проекту – Освіта та наукова діяльність у сфері охорони здоров'я інтегровані до сучасного міжнародного контексту [36]. В цьому розрізі необхідно, на різних етапах:

1. Розвивати та посилювати критичні навички медичних працівників під час війни та у післявоєнний період, а саме:

- забезпечити широку підготовку сімейних лікарів та медсестер/медбратів закладів первинної медичної допомоги з питань психічного здоров'я;

- забезпечити широку підготовку з клінічних та організаційних питань лікування травми та реабілітації.

2. Стимулювати розвиток нових форм БПР для усіх професіоналів сфери охорони здоров'я, які узгоджуються з пріоритетами системи охорони здоров'я, а саме:

- забезпечити організаційний розвиток Агенції БПР: розробити організаційну структуру, детальний функціонал ключових ролей, розробити основні бізнес-процеси;

- оновити/створити нормативно-правову базу для сучасної післядипломної освіти медичних сестер.

3. Привести у відповідність навчальні програми закладів вищої освіти у галузі знань «22 Охорона здоров'я» до європейських вимог та регулярно їх переглядати:

- провести комплексну оцінку організаційної, фінансової і кадрової спроможності та інфраструктурної потужності ЗВО у галузі знань «22 Охорона здоров'я»;

- розробити та затвердити дорожню карту зі створення ефективної мережі спроможних ЗВО у галузі знань «22 Охорона здоров'я»;

- розробити та затвердити дорожню карту активностей із приведення у відповідність освітніх стандартів у галузі знань «22 Охорона здоров'я» до європейських вимог;

- забезпечити розробку сучасних освітніх програм підготовки лікарів-спеціалістів для отримання лікарями вторинної спеціалізації;
- розробити концепцію розвитку освіти для медичних сестер/медичних братів, що враховуватиме диференціацію ролей та функціоналу медсестер/медбратів та включатиме вимоги до змісту, структури, рівня закладу, де має відбуватися практична підготовка тощо;
- розробити вимоги до створення студентоорієнтованого середовища в закладах вищої медичної освіти;
- розробити дієвий механізм зменшення корупційних ризиків у навчальному процесі (вступ, навчання, розподіл).

4. Ввести спеціальні вимоги до ліцензування ЗВО, які готують здобувачів у галузі знань «22 Охорона здоров'я»:

- визначити на законодавчому рівні поняття освіти медичного та фармацевтичного спрямування як виду спеціалізованої освіти та повноважень ЦОВВ, який формує та реалізує політику у сфері охорони здоров'я;
- забезпечити моніторинг якості освітньої діяльності ЗВО, які здійснюють підготовку фахівців у галузі знань «22 Охорона здоров'я»;

5. Забезпечити умови для здобуття практичних навичок медичних працівників та фахівців з реабілітації на базі сучасних університетських лікарень та стимуляційних центрів:

- розробити положення про заклад, який має статус «Університетська лікарня» із визначенням критеріїв і зобов'язань ЗОЗ і ЗВО;
- розробити алгоритм створення університетської лікарні та прозорих процедур присвоєння і призупинення статусу «Університетська лікарня»;
- розробити прозорий механізм управління університетськими лікарнями та забезпечити відкритість даних щодо діяльності університетських лікарень;
- започаткувати університетські лікарні на базі найпотужніших ЗОЗ у співпраці із провідними ЗВО;

- розробити вимоги до стимуляційних центрів навчання практичним навичкам студентів ЗВО;

- обладнати сучасним стимуляційним обладнанням симуляційні центри;

6. Удосконалити систему незалежного оцінювання якості підготовки здобувачів у галузі знань «22 Охорона здоров'я»:

- забезпечити аналіз та перегляд бази тестових завдань всіх компонентів ЄДКІ та їх оновлення на постійній основі;

- переглянути КРОК-3 і привести його у відповідність до примірних програм навчання в інтернатурі;

- впровадити єдиний міжнародний іспит для здобувачів у галузі знань «22 Охорона здоров'я»;

7. Впровадити сучасну модель резидентури з урахуванням міжнародного досвіду

- розробити та затвердити «Положення про резидентуру» з урахуванням кращих світових практик;

- визначити умови для ліцензування закладів, які будуть готувати лікарів-резидентів;

- визначити перелік спеціальностей лікарів-резидентів;

- розробити примірні програми навчання у резидентурі;

8. Стимулювати розвиток якісної освіти менеджерів у сфері охорони здоров'я:

- переглянути навчальні програми для менеджерів із медичною та немедичною освітою згідно з кращими європейськими практиками;

- провести навчання існуючих управлінських команд та спостережних рад ЗОЗ навичкам фінансового та стратегічного управління закладом;

9. Стимулювати розвиток нових форм БПР для усіх професіоналів сфери охорони здоров'я, які узгоджуються з пріоритетами системи охорони здоров'я:

- забезпечити організаційний розвиток Агенції БПР: залучення професійної спільноти до створення та розвитку експертних рад при Агенції БПР;

- розробити та запровадити порядок проходження БПР фахівцями з реабілітації;

- розробити та запровадити порядок проходження БПР медичними сестрами/медичними братами, фармацевтами та асистентами фармацевтів.

10. Здійснювати планування актуальних наукових тем (напрямів) відповідно до потреб держави у галузі охорони здоров'я:

- створити науково-практичні центри (наукові парки) для виконання пріоритетних напрямків розвитку науки у сфері охорони здоров'я.

11. Розвивати та посилювати критичні навички медичних працівників та фахівців з реабілітації у післявоєнний період

- створити тренінгові центри для розвитку клінічних навичок лікарів та медсестер/медбратів на базі потужних ЗОЗ;

- забезпечити широку підготовку сімейних лікарів та медсестер/медбратів закладів первинної медичної допомоги відповідно до вимог Порядку надання первинної медичної допомоги;

- забезпечити широку підготовку з клінічних та організаційних питань лікування травми та реабілітації;

- надати безкоштовний доступ медичним працівникам, спеціалістам із вищою не медичною освітою, котрі працюють у сфері охорони здоров'я, та фахівцям з реабілітації до найкращих світових онлайн навчальних платформ;

- забезпечення підготовки за державним замовленням фахівців за такими спеціальностями: Епідеміологія, лабораторна діагностика, мікробіологія і вірусологія.

12. Впровадити сучасну модель резидентури з урахуванням міжнародного досвіду, а саме:

- розробити та впровадити ЄДКІ для випускників резидентури;

13. Здійснювати планування актуальних наукових тем (напрямів) відповідно до потреб держави у галузі охорони здоров'я, забезпечити достатній рівень їх фінансування та імплементацію досягнень на базі сучасних університетських клінік, а саме:

– підтримувати роботу науково-практичних центрів (наукових парків) для виконання пріоритетних напрямків розвитку науки у сфері охорони здоров'я.

Ціль №2. Планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я, для її досягнення необхідно:

1. Запровадити планування кадрового резерву охорони здоров'я відповідно до потреб для забезпечення якісного надання послуг, а саме:

– розробити підходи до планування кадрів на основі оптимального робочого навантаження та урахуванням рівня закладу;

2. Розробити та запровадити як на національному, так і на локальному рівнях гнучку систему стимулів та заохочень для залучення та утримання працівників сфери охорони здоров'я у райони, які мають недостатню кількість працівників для надання медичної та реабілітаційної допомоги і які найбільше постраждали під час війни. Забезпечити проведення планування кадрів охорони здоров'я на регіональному рівні на основі госпітального плану.

3. Розробити та запровадити як на національному, так і на локальному рівнях гнучку систему стимулів та заохочень для залучення та утримання працівників сфери охорони здоров'я у райони, які мають недостатню кількість працівників для надання медичної та реабілітаційної допомоги, а саме:

– запровадити місцеві програми мотивації працівників сфери охорони здоров'я до роботи у найбільш постраждалих від війни регіонах;

– забезпечити ефективні механізми виконання випускниками медичних ЗВО, які навчалися за державним (регіональним) замовленням та уклали угоди про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості або селищах міського типу, зобов'язань за такими угодами.

4. Забезпечення доступу до медичних послуг шляхом залучення не медичних працівників та розширення ролі медичної сестри

– розробити policy framework щодо автономізації (розширення повноважень та функціональних обов'язків) ролі медсестри у системі охорони здоров'я;

- визначити диференціацію ролей медичної сестри та передбачити відповідний функціонал у закладах ОЗ.

5. Розробити policy framework щодо включення соціального працівника до надання послуг у системі охорони здоров'я

- вивчити моделі надання послуг соціальним працівником у системі охорони здоров'я;

- розробити модель фінансування послуг, які надаються соціальним працівником у сфері охорони здоров'я;

- розробити та запровадити відповідне навчання для включення соціального працівника як члена мультидисциплінарної команди до надання послуг у системі охорони здоров'я.

6. Створити прозору та чітку систему допуску іноземних лікарів та фахівців з реабілітації для проведення навчання та надання медичної та реабілітаційної допомоги на території України. Спростити процедуру надання дозволу іноземним спеціалістам для ведення практики в Україні. Підтримувати та розвивати як на національному, так і на локальному рівнях гнучку систему стимулів та заохочень для залучення та утримання працівників сфери охорони здоров'я у райони, які мають недостатню кількість працівників для надання медичної та реабілітаційної допомоги.

Ціль № 3. Створення умов для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я.

Для досягнення цілі №3 необхідно:

1. Забезпечити гідну оплату праці та розробити гнучку систему мотивації та підтримки кадрового резерву охорони здоров'я. Розробити справедливі механізми фінансової мотивації медичних працівників та фахівців з реабілітації та спеціалістів із вищою не медичною освітою, котрі працюють у сфері ОЗ. Розробити показники якості роботи лікарів, фахівців з реабілітації, медсестер та спеціалістів із вищою немедичною освітою, котрі працюють у сфері ОЗ, із подальшим запровадженням прозорої системи фінансової мотивації.

Запровадити прозору систему не фінансової мотивації працівників сфери охорони здоров'я

2. Запровадити прозорі та конкурентоспроможні процедури залучення, утримання, кар'єрного розвитку та професійного зростання працівників сфери охорони здоров'я, менеджерських та інших кадрів на рівні закладів охорони здоров'я. Розробити сучасні підходи до організації HR системи в закладах охорони здоров'я. Організувати навчання працівників HR підрозділів та керівників закладів охорони здоров'я із впровадження нових підходів залучення та розвитку працівників ЗОЗ

3. Запровадити комплексний підхід до формування професійного благополуччя кадрового резерву охорони здоров'я на рівні ЗОЗ (безпека, соціально-побутові умови, профілактика вигорання, професійний розвиток у закладі тощо). Законодавчо визначити обов'язок власника ЗОЗ створювати безпечні та комфортні умови праці. Запровадити постійно діючі програми профілактики професійного вигорання у закладах охорони здоров'я.

4. Запровадити страхування професійної відповідальності медичних працівників. Розробити фінансові підходи та нормативно-правову базу до забезпечення страхування професійної відповідальності медичних працівників.

5. Підтримувати та розвивати комплексний підхід до формування професійного благополуччя кадрового резерву охорони здоров'я на рівні ЗОЗ (безпека, соціально-побутові умови, профілактика вигорання, професійний розвиток у закладі тощо), а саме: забезпечувати підтримку постійно діючих програм профілактики професійного вигорання у закладах охорони здоров'я.

6. Запровадити страхування професійної відповідальності медичних працівників.

Тож, головною метою реалізації Плану відновлення у сфері охорони здоров'я є відновлення та розвиток системи охорони здоров'я з новою якістю і доступністю послуг для задоволення потреб громадян.

Для реалізації цієї мети План відновлення сфери охорони здоров'я передбачає:

1. Посилення політик та інститутів національної системи охорони здоров'я для керівництва процесом відновлення, що передбачає впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, що забезпечують професійну автономію, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я; створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я на основі затверджених політик, які базуються на фактичних даних; створення системи ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд.

2. Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я шляхом запровадження гнучких методів фінансування у сфері охорони здоров'я, розширення програми медичних гарантій, розвитку ринку добровільного медичного страхування;

3. Відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я, які відбуваються відповідно до підходів до госпітального планування та спрямовані на забезпечення надання базових послуг з охорони здоров'я шляхом розширення послуг первинної медичної допомоги, впровадження моделі роботи мультидисциплінарних команд на рівні первинної медичної допомоги, впровадження багаторічних договорів між Національною службою здоров'я України та закладами охорони здоров'я.

4. Посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей (включаючи ВПО, ветеранів війни), викликаних війною, що передбачає розвиток реабілітаційної допомоги, розвиток послуг з психічного здоров'я, які наближені до людини та громад, розвиток травматологічних, ортопедичних, опікових та послуг інтенсивної терапії, вдосконалення пакетів програми медичних гарантій для врахування потреб ветеранів війни і осіб, постраждалих від воєнних дій;

5. Зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я шляхом здійснення заходів щодо інтеграції освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я до сучасного міжнародного контексту; планування та

забезпечення кадрів системи охорони здоров'я в обсягах та структурі відповідно до потреб системи; створення умов для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я.

6. Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, що передбачає забезпечення функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них, створення координаційного механізму в системі громадського здоров'я; забезпечення функціонування національної системи крові для гарантування державою рівноправного та своєчасного доступу пацієнтів до безпечних та якісних компонентів донорської крові у достатній кількості.

7. Розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки. Шляхом формування єдиного медичного інформаційного простору з національною і транскордонною інтеперабельністю та наскрізними процесами та сервісами; забезпечення інфраструктурних та технічних умов надання якісних медичних послуг із використанням інформаційно-комунікаційних систем на всіх рівнях; створення зручних та прозорих механізмів доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я, управління цією інформацією.

8. Посилення системи управління якістю на національному та місцевому рівнях, що передбачає розробку і впровадження елементів системи забезпечення якості в охороні здоров'я на національному рівні та на рівні закладу охорони здоров'я.

9. Відновлення фармацевтичного сектора, покращення доступу та належне використання ліків шляхом гармонізації державних політик доступу до лікарських засобів та медичних виробів; утворення незалежної агенції з оцінювання медичних технологій у якості єдиного експертного органу, який забезпечує обґрунтованість та доказову базу відбору та оцінювання ефективності лікарських засобів, медичних виробів; стимулювання розвитку

фармацевтичної галузі з фокусом на стимулювання інвестицій в R&D, локалізацію та інші методи освоєння новітніх технологій виробництва лікарських засобів та медичних виробів, сприяння проведенню клінічних досліджень в Україні, посилення контролю за непорушенням прав інтелектуальної власності, повноцінне запровадження у національне законодавство принципу Болар (можливості реєстрації генеричних лікарських засобів до моменту закінчення дії патенту на оригінальний лікарський засіб) та інших сучасних інструментів, спрямованих на посилення галузі; забезпечення доступу населення до якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів, шляхом встановлення в Україні суворої регуляторної системи, належним чином визнаної на міжнародному рівні.

3.2. Шляхи удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я у відповідності до європейського вектору розвитку України

Зважаючи на відсутність чітко детермінованої державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, для досягнення оптимальних результатів у реформуванні вітчизняної охорони здоров'я необхідно:

- удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;
- запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками;
- реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;
- реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з

інформатики охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я; розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики;

- розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;

- удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізацію програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу в лікарях у державі.

Одним із основних чинників функціонування системи охорони здоров'я України є оптимальне забезпечення населення кваліфікованими кадрами. Отже, з метою реформування системи охорони здоров'я в галузі кадрової політики необхідно здійснити такі заходи:

- розробити, узгодити з відповідними відомствами та подати на розгляд Кабінету Міністрів України пропозиції щодо Концепції кадрової політики;

- визначити цілі запровадження державної кадрової політики залежно від результатів наукового довгострокового прогнозування потреби у фахівцях медичного профілю та напрямків їх підготовки;

- укласти контракти між закладами та регіональними управліннями охорони здоров'я щодо підготовки спеціалістів, визначити освітньо-кваліфікаційні рівні та основні спеціальності, обов'язково підтвердити можливості фінансування підготовки медичних кадрів за держзамовленням;

- доопрацювати пакет нормативних документів юридичного супроводження розподілу медичних кадрів, які закінчили освітні заклади відповідного рівня атестації, за рахунок коштів держзамовлення.

Концепція кадрової політики сфери охорони здоров'я в Україні (на рівні акту Кабінету Міністрів України) [1]. має включати у якості стратегічних цілей:

- модернізацію нормативно-правової бази та адаптації її до вимог європейського законодавства;

- розробку та впровадження ефективних методів та інструментів для реалізації кадрової політики;
- продовження підготовки відповідних медичних кадрів відповідно до прогнозованих потреб та показників оперативного коригування цих потреб;
- створення системи мотивацій та стимулів для медичних працівників – із забезпеченням нормативно-правової та соціально-економічної складових;
- активне залучення професійних асоціацій у вирішення проблем КРОЗ, запровадження фахового самоврядування у вирішенні питань кадрової та інноваційної політики, розробці єдиних стандартів надання медичної допомоги та оцінці її якості;
- створення єдиного реєстру медичних працівників;
- активну співпрацю з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрових ресурсів охорони здоров'я.
- проведення оперативного моніторингу та оцінки ефективності реалізованих заходів та відповідне вдосконалення нормативно-правової бази, в залежності від результатів реалізації цих заходів;
- запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки і при наявності ризику у зв'язку з медичним втручанням;
- поетапний перехід на оптимальну систему співвідношення медичних кадрів відповідно до світових стандартів.

Серед операційних цілей для досягнення зазначених стратегічних пріоритетів вважаємо за доцільне виокремити такі:

1. Запровадження шестирівневої підготовки медичних та фармацевтичних фахівців: два рівні додипломної підготовки (бакалаврат і магістратура), два рівні післядипломної підготовки (обов'язкова інтернатура – відповідно загальна практика-сімейна медицина, загальна стоматологія та загальна фармація; згодом – на конкурсній рейтинговій основі – резидентура за всіма спеціальностями); два науково-освітні рівні (аспірантура – доктор філософії, та докторантура – доктор наук).

2. Приведення навчальних програм на до- та післядипломному рівні до світових вимог, з урахуванням тривалості навчання.

3. Запровадження ліцензування діяльності медичних та фармацевтичних фахівців структурами професійного самоврядування спільно з професійними асоціаціями. Для допуску до практики запровадити стандартизовані національні іспити, що відповідатимуть вимогам європейських агенцій із сертифікації фахівців.

4. Широке запровадження медичної освіти протягом життя (Continuous Medical Education) із використанням дистанційних методів освіти, у тому числі платформ масової відкритої онлайн- освіти (МООС) та телеконференцій, у тому числі відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 [40].

Серед основних концептуальних засад доцільно виокремити такі:

1. Модернізація нормативно-правової бази кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

Одним із першочергових напрямів удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я доцільно визначити модернізацію нормативно-правової бази для вирішення наявних проблем галузі, з урахуванням умов її розвитку та враховуючи досвід міжнародної, у першу чергу європейської практики. Реалізацію цього напряму необхідно забезпечити шляхом аудиту, систематизації та узгодження чинної нормативно-правової бази, що регламентує питання кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні (питання підготовки, розподілу, працевлаштування медичних кадрів, управління кадрами, підвищення мотиваційної складової тощо). Зазначений напрям включає в себе:

– розробку з урахуванням європейських вимог професійних стандартів фахівців сфери охорони здоров'я, що дозволить адаптувати підходи до встановлення нормативів по різних розділах медичної, соціальної,

психологічної тощо видів допомоги і сприятиме раціональному використанню кадрових ресурсів охорони здоров'я;

- оптимізацію нормативно-правових актів щодо номенклатури спеціальностей і посад працівників сфери охорони здоров'я, кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей відповідно до світових критеріїв тощо;

- модернізацію обліково-звітної документації кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я, системи моніторингу та критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників, вироблення ефективних механізмів підвищення мотивації тощо;

- оптимізацію ведення реєстру фахівців у сфері охорони здоров'я, визначення питання залучення до цього питання організацій професійного самоврядування та делегування їм державою функцій з планування та управління персоналом відповідно до усталеної світової та європейської практики.

2. Удосконалення механізмів планування кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.

Ефективне перспективне кадрове планування можливе лише за умов наявності достовірної інформації про кількість медичних працівників (лікарів різного профілю та середнього медичного персоналу) в кожному регіоні і країні в цілому, перспективи їх природного руху. Тому для реалізації даного напрямку кадрової політики у сфері охорони здоров'я доцільно:

- удосконалити систему збору та обробки статистичної інформації щодо кадрового складу сфери охорони здоров'я, зокрема проводити облік всіх медичних кадрів певної адміністративної території незалежно від форми власності та підпорядкування закладів;

- створити автоматизовану систему регіональних центрів збору звітності щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я на відповідній території;

- забезпечити регулярне навчання персоналу регіональних кадрових служб сучасним методам збору даних, аналізу, планування, прогнозування і управління кадровими ресурсами сфери охорони здоров'я;

- забезпечити розробку, затвердження та виконання місцевих програм кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, яка б відповідала потребам медичної галузі в умовах децентралізації.

- оптимізувати підготовку менеджерів сфери охорони здоров'я з використанням сучасного досвіду країн Європейського Союзу.

3. Удосконалення системи мотивацій і стимулів.

Серед першочергових завдань модернізації механізмів кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні доцільно визначити посилення системи мотивацій і стимулів. Для реалізації цього напряму необхідно:

- запроваджувати сучасні підходи оплати вартості медичних послуг та створення відповідних можливостей підвищення заробітної плати медичним працівникам сфери охорони здоров'я в залежності від рівня кваліфікації медичних працівників, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;

- запровадити індикатори якості, процедуру анонімного анкетування споживачів послуг з охорони здоров'я для визначення ступеня задоволеності місцевої громади якістю надання цих послуг;

- забезпечити включення до місцевих програм кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я розділів, які передбачають отримання службового житла (будинок або квартира) з правом набуття права власності за умови тривалої безперервної роботи; створення умов щодо доступності регулярного підвищення професійного рівня медичних працівників шляхом максимального наближення освітніх послуг до місця проживання, у тому числі за рахунок дистанційних форм навчання; надання працівникам сфери охорони здоров'я, особливо первинної ланки, пільг на оплату комунальних послуг;

- з метою вдосконалення соціальної захищеності медичних працівників при здійсненні професійної діяльності необхідно створити систему державного соціального страхування відповідальності на випадок професійної помилки;
- забезпечити розробку та запровадження системи правового захисту працівників сфери охорони здоров'я від посягань на їхнє життя і здоров'я під час виконання посадових обов'язків.

4. Оптимізація якості підготовки медичних кадрів.

Вкрай важливою складовою удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції є покращення якості медичних послуг шляхом не лише модернізації матеріально-технічного забезпечення галузі, але й підвищення професійного рівня персоналу. З цією метою доцільно:

- оптимізувати використання пілг при вступі у вищі медичні навчальні заклади, запровадити психологічне тестування для визначення стартової мотивації та професійної придатності;
- посилити механізми вдосконалення підготовки кадрів (до- дипломної та післядипломної освіти за принципом «освіта протягом життя»), а саме практичної спрямованості підготовки фахівців, використання інноваційної складової та забезпечення їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці;
- забезпечити обов'язкову спеціальну підготовку управлінських кадрів, здатних працювати в умовах інтегрованої до світового співтовариства конкурентоспроможної національної економіки;
- посилити вимоги до акредитації та ліцензування медичної практики відповідно до чинних світових стандартів.

Указом Президента України ще у 2000 р. було затверджено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України [41]. У розділі 7 «Інноваційна і кадрова політика у системі охорони здоров'я» зазначається, що у процесі реформування системи охорони здоров'я медична наука розглядається як рушійна сила, що забезпечує всебічне наукове обґрунтування необхідності

перебудови галузі, визначає прогностичні тенденції здоров'я населення та розробляє науково обґрунтовані заходи щодо його поліпшення [20].

Потенціал медичної науки становитимуть науково-дослідні установи, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України та Академії медичних наук України, а також наукові підрозділи вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти.

Удосконалення інноваційної політики з метою підвищення ефективності використання наукового потенціалу у сфері охорони здоров'я передбачає:

- оптимізацію і реструктуризацію мережі, структури та основних напрямів діяльності науково-дослідних установ;
- посилення ролі Академії медичних наук України у провадженні пріоритетних фундаментальних і прикладних досліджень;
- забезпечення розв'язання науково-практичних проблем охорони здоров'я шляхом формування відповідних державних, галузевих, міжгалузевих, регіональних програм;
- запровадження багатоканальності фінансування медичної науки за рахунок бюджетних та позабюджетних коштів, забезпечення їх раціонального використання для першочергового фінансування конкурентоспроможних наукових розробок фундаментального та прикладного характеру;
- планування наукових досліджень на конкурентних засадах та спрямування їх на отримання конкретних результатів, впровадження принципів незалежної експертизи наукових проектів та їх результатів, виділення спеціальних грантів під реалізацію проектів – переможців конкурсу;
- забезпечення підтримки визнаних вітчизняних наукових шкіл, підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, раціональне використання науково-інформаційних ресурсів;
- активізацію роботи, спрямованої на забезпечення розвитку міжнародного науково-технічного співробітництва, яке сприятиме підвищенню авторитету вітчизняної медичної науки та її інтеграції у світову спільноту.

Реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я має бути спрямовано на:

- удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;
- запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками;
- реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;
- реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з інформатики охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я; розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики;
- розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;
- удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізацію програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу в лікарях у державі.

Формування сучасної кадрової політики у сфері охорони здоров'я України з урахуванням європейського вектору розвитку спирається на засади нової Європейської політики ВООЗ «Здоров'я-2020» та відповідає вимогам сучасної міжнародної нормативно-правової бази [9]. Реалізація цієї політики можлива шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, інформаційних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів та має базуватися на міжсекторальному підході до вирішення питань

кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я та спиратися на загальнолюдські цінності: визнання і захист права людини у сфері здоров'я, принципи солідарності, соціальної справедливості і стійкості, універсальність, право участі у прийнятті рішень, захист людської гідності, автономність, відсутність дискримінації, тендерну рівність, прозорість, підзвітність із залученням в процес інститутів громадянського суспільства та державних і недержавних установ враховуючи можливі перешкоди та запобігаючи їм заради досягнення головної мети – покращення здоров'я населення та зменшення показників смертності різних груп населення.

Одним з головних чинників успішної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я повинна стати дієва кадрова політика, врегульована відповідною нормативно-правовою базою на державному рівні (відповідна державна Концепція) та рівні місцевих громад в умовах децентралізації, підвищення відповідальності держави, громади та особистої відповідальності кожного за створення системи формування здорового способу життя та профілактики захворювань і має будуватися на принципі взаємної суспільної відповідальності.

ВИСНОВКИ

Отриманні результати у процесі дослідження дають змогу сформулювати такі висновки і пропозиції:

1. Констатовано, що державною кадровою політикою у сфері охорони здоров'я є комплексна цілеспрямована діяльність органів публічної влади на основі єдиних цілей, принципів, методів і засобів, яка передбачає розробку, законодавче закріплення та впровадження державних цільових програм, рішень, заходів щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я з метою якісного управління цієї сферою, вирішення існуючих у ній кадрових питань, шляхом наповнення окремих публічно-владних інституцій та закладів охорони здоров'я відповідними за кваліфікаційним рівнем кадрами, створення у них мотивації до результативної роботи, організації раціонального використання їх потенціалу, професійного розвитку, а також досягнення оптимального рівня плінності кадрів.

2. Визначено, що державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я базується на Конституції України й Основ законодавства України про охорону здоров'я та складається з інших, прийнятих відповідно до них, нормативно-правових актів, що регулюють важливі суспільні відносини щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Починаючи з 2000-х років почалася активна діяльність щодо розробки та якісної реалізації державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Було прийнято цілу низку урядових програм та стратегій. Проте наразі правове забезпечення такої політики потребує удосконалення шляхом прийняття нових та внесення змін і доповнень у вже діючі нормативні акти.

3. Проведене дослідження стану державної кадрової політики сфери охорони здоров'я України показало проблеми, які потребують невідкладного вирішення, а саме:

– невідповідність кадрової політики вимогам трансформаційних процесів у державі, особливо у питаннях підготовки якісних управлінських

кадрів, які здатні аналізувати, розробляти, відстоювати, реалізовувати, вчасно коригувати управлінські рішення, повною мірою відповідати за доручену справу;

- недосконалість законодавчої бази, яка не надає кадровим процесам правової обґрунтованості, урегульованості та захищеності, не враховує європейські стандарти в кадровій сфері;

- відсутність стратегічного управління щодо підготовки кадрів відповідно до потреб суспільства, яке передбачає кваліфіковане прогнозування, планування, постійне оцінювання кадрової ситуації в країні. Необхідно впроваджувати системний підхід до управління всіма ланками кадрової сфери, починаючи від профорієнтації молоді, профвідбору, профпідготовки і закінчуючи технологіями професійного розвитку на робочому місці;

- нерозвиненість кадрових інститутів, непорядкованість, слабка функціональна визначеність кадрових структур; недостатня кваліфікація персоналу кадрових служб, що призводить до неефективності, неузгодженості підходів у кадровому менеджменті на всіх рівнях.

4. Узагальнено міжнародний досвід кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я. Встановлено, що кадрова політика у сфері охорони здоров'я різних країн світу має ряд схожих і відмінних рис, проте однаково направлена на задоволення потреб власного населення у кваліфікованих і досвідчених кадрах у сфері охорони здоров'я та на грамотне управління наявними кадровими ресурсами. З'ясовано, що на сьогодні багато держав, зокрема і Україна, зіштовхуються із проблемами кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я (нестача кваліфікованих кадрів, особливо вузьких спеціалістів, та водночас значне згуртування фахівців у великих містах; незначний розмір оплати праці; відсутність досвідчених менеджерів-управлінців, зростання кількості медичних працівників пенсійного віку, проблеми підвищення рівня кваліфікації медичних кадрів тощо), що спонукає їх до розробки якісної далекоглядної кадрової політики у сфері охорони здоров'я та ефективної її реалізації.

5. Визначено, що однією із основних проблем розбудови ефективної кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні є відсутність єдиної стратегії. Отже, дієвими способами розв'язання існуючих проблем є, насамперед, розробка та затвердження Концепції державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я України; підвищення професійного рівня кадрів, зокрема, й управлінських кадрів сфери охорони здоров'я. При цьому всі заходи щодо покращення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я повинні мати інноваційний характер, ґрунтуватися на визначенні потреб у керівних кадрах, враховувати запити населення країни та бути спрямованими на покращення результативності функціонування сфери охорони здоров'я.

6. Запропоновано науково обґрунтовані шляхи удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я у відповідності до європейського вектору розвитку України з урахуванням засад нової Європейської політики ВООЗ «Здоров'я-2020» та інших вимог сучасної міжнародної нормативно-правової бази. Реалізація цієї політики має базуватися на міжсекторальному підході до вирішення питань кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я та спиратися на загальнолюдські цінності. Одним з головних чинників успішної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я повинна стати відповідна нормативно-правова база на державному рівні (державна Концепція) та рівні місцевих громад в умовах децентралізації, підвищення взаємної суспільної відповідальності держави, громади та особистої відповідальності кожного за створення системи формування здорового способу життя та профілактики захворювань.

7. Професіоналізація кадрів сфери охорони здоров'я, як один із пріоритетів здійснення ефективної державної кадрової політики у вказаній сфері, являє собою цілісний безперервний процес становлення працівника як високо кваліфікованого фахівця, який починається з моменту вибору майбутньої професії й здобуття освіти та завершується, коли він припиняє свою активну трудову діяльність у сфері охорони здоров'я. Враховуючи важливість надання професійної освіти кадрам сфери охорони здоров'я, то її необхідно

модернізувати, шляхом удосконалення чинної нормативно-правової бази стосовно підготовки кадрів сфери охорони здоров'я, осучаснення навчальних програм та форм і методів викладання, а також зміни самого підходу до навчання такої специфічної категорії працівників. Вважаємо, що комплексне дотримання запропонованих у роботі заходів забезпечить якість державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я та прихід нової генерації дійсно висококваліфікованих кадрів, котрі будуть спроможні результативно вирішувати складні питання в цей такий не простий для нашої країни час.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я : аналіт. доп. Київ : НІСД, 2012. 35 с.
2. Амоша О. І., Шамілева Л. Л. Розвиток трудового потенціалу промисловості на засадах соціальної відповідальності: концептуальне та науково-методичне забезпечення. *Вісник економічної науки України*. 2016. № 2 (31). С. 3–8.
3. Антощина Н. І. Сучасний погляд на систему управління персоналом в аспекті забезпечення конкурентоспроможності підприємства. *Ефективна економіка*. 2014. № 9. URL : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3350>.
4. Баєва О. В. Менеджмент в галузі охорони здоров'я URL : http://pidruchniki.ws/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_-_bayeva_ov.
5. Банчук М. Гармонізація державної кадрової політики в управлінні охороною здоров'я України. Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». URL : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=325>.
6. Білинська М. М. Стратегія державної кадрової політики України: цілі та шляхи реалізації : навч.-метод. матеріали. Київ : НАДУ, 2013. 52 с.
7. Валерій Кондрук, автор нової моделі охорони здоров'я в Україні. Укрінформ. URL : <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2060715-valerij-kondruk-avtor-novoi-modeli-ohoroni-zdorova-v-ukraini.html>.
8. Васюк Н.О. Механізми державного управління підготовкою керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : спец. 25.00.02. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2013. 20 с.
9. Віталій Москаленко Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. URL : <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorovya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>.

10. Вороненко Ю. Кадри забезпечують успіх. *Ваше здоров'я*. 2021. № 49
URL : <http://www.vz.kiev.ua/?p=3813>.
11. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні. URL :
http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.
12. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку: наук. доп. / авт. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін.; за заг. ред. д-ра держ. упр., проф. Ю. В. Ковбасюка, д-ра політ. наук, проф. К. О. Ващенко, д-ра соц. наук, проф. Ю. П. Сурміна. Київ : НАДУ, 2012. 72 с.
13. Державна кадрова політика: теоретико-методологічне забезпечення : монографія / В. М. Олуйко, В. М. Рижих, І. Г. Сурай та ін.; за заг. ред. В. М. Олуйка. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : НАДУ, 2008. 418 с.
14. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів : Наказ МОЗ від 22.02.2019 р. № 446. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>.
15. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 12.01.2022 р. № 2. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2022-%D0%BF#Text>.
16. Дмитрук О. В., Свінцицька О. М. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2019. Вип. 5(10). С. 182–186.
17. Дьомін О. Державна кадрова політика : система роботи з кадрами державної служби. *Вісн. держ. служби України*. 2001. № 2. С. 65–84.
18. Енциклопедичний словник з державного управління: довідк. вид. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ : НАДУ, 2010. 819 с.
19. Жаховський В. О. Державне управління системою формування кадрового потенціалу медичної служби Збройних Сил у контексті

європейської та євроатлантичної інтеграції України : автореф. дис. ... канд. держ. упр.: 25.00.02. Нац. акад. держ. упр. При Президентові України. Київ, 2005. 20 с.

20. Інноваційна і кадрова політика у системі охорони здоров'я. URL : <http://www.likar.info/biblioteka/article-43278-innovatsiynai-kadrova-politika-u-sistemi-ohoroni-zdorovya/>

21. Карпук В., Мусій О. Чи потрібне Україні лікарське самоврядування? URL : <http://sfult.org/smovryduvanay>.

22. Коба Н. М. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2012. №2. С. 16–22.

23. Короленко В. В. Проблеми державного управління дерматовенерологічною службою в ході реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2013. №1. С. 9–24.

24. Криничко Ф. Р., Мотайло О. В. Удосконалення механізмів державної політики у сфері громадського здоров'я. *Право та державне управління*, 2021. Т. 2, С. 119-125.

25. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції : автореф. дис. ... канд. держ. упр. : 25.00.02. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.

26. Левицька О. О. Формування кадрової політики у системі охорони здоров'я регіону: автореф. дис ... канд. екон. наук. Львів : Б.в., 2011. 20 с.

27. Лисак У. Нетрадиційні методи підбору персоналу. *Довідник кадровика*. 2010. № 5. С. 78–80.

28. Лікарю, вам сюди. Німеччині не вистачає лікарів, наші медики вчать німецьку, аби працювати там. URL : http://texty.org.ua/pg/article/editorial/read/90134/Likaru_vam_sudy_Nimechchyni_ne_vystachaje_likariv?a_srt=&a_offset=.

29. Люди важнейший ресурс в бизнесе. *Кадровик Украины*. 2011. № 4. С. 110–114.
30. Медицина в Польщі. tvojarabota.pl. URL : <https://tvojarabota.pl/ua/informatsiyaopolshe/medicina-v-polshi-7>.
31. Медична реформа розпочнеться в січні 2018 року. Децентралізація охорони здоров'я. URL : <http://health.decentralization.gov.ua/infoblocks/about-reform>.
32. Медична реформа. Міністерство охорони здоров'я України : вебсайт. URL : <http://moz.gov.ua/plan-reform>.
33. Медична справа : вебсайт. URL : <https://www.medsprava.com.ua/>
34. П'ять місяців повномасштабної війни: як працює система охорони здоров'я. URL : <https://medplatforma.com.ua/news/5512-pyat-msyatsv-rovnomasshtabno-vyni-yak-pratsyu-sistema-ohoroni-zdorovya>.
35. Патеряхін О. Стадії життя людини та практичні проблеми кадрової роботи. *Довідник кадровика*. 2009. № 7. С. 104–108.
36. План відновлення України : вебсайт. URL : <https://recovery.gov.ua/>
37. Попченко Т. П. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка Національного інституту стратегічних досліджень при Президентові України. URL : <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>.
38. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 р. № 2002. що запровадив автономізацію закладів охорони здоров'я. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>.
39. Про внесення змін до Закону України «Про вищу освіту» щодо працевлаштування випускників: Закон України від 06.10.2016 р. № 1662-VIII. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1662-19>.
40. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників : постанова

Кабінету Міністрів України від 14.07.2021 р. № 725. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>.

41. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>.

42. Про медицину в США або якою має шанс стати медична галузь в Україні, розповіла Наталія Ружницька. Чортків City. URL : <https://chortkiv.city/read/dosvid/31185/pro-medicinu-v-ssha-abo-yakoju-mae-shans-stati-medichnagaluzv-ukraini-rozpovila-nataliya-ruzhnicka>.

43. Про подальше удосконалення атестації лікарів : Наказ МОЗ від 19.12.1997 р. № 359. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98#Text>.

44. Про Стратегію державної кадрової політики на 2012-2020 роки: Указ Президента України від 01.02.2012 р. № 45/2012. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/45/2012#Text>.

45. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія / за заг. наук. ред. Н. Р. Нижник. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 360 с.

46. 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). URL : [https://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19Rovenska.pdf](https://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19Rovenska.pdf).

47. Уряд представив проект Плану відновлення системи охорони здоров'я URL : <https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-predstavuv-proekt-planu-vidnovlennia-systemy-okhorony-zdorovia>.

48. Фахівці в галузі охорони здоров'я. Bundesgesundheits ministerium : вебсайт. URL : <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>.

49. Що може змінитися у фінансуванні державою медичних послуг? Радіо Свобода. URL : <https://www.radiosvoboda.org/a/details/28538414.html>.

50. Щокін Г. В. Соціальна теорія та кадрова політика : монографія Київ : МАУП, 2000. 576 с.

51. Як працює система охорони здоров'я Англії. Міністерство охорони здоров'я України : вебсайт. URL : <https://moz.gov.ua/article/health/jak-pracjuje-sistema-ohoroni-zdorovja-anglii>.

52. Як у Німеччині працює страхова медицина (відео). DW Українською : вебсайт. URL : <https://www.dw.com/uk>.

53. EUR/RC62/12 Rev.1 European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1.

54. EUR/RC62/8 Health 2020: policy framework and strategy. URL : <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc628-health-2020-policy-framework-and-strategy>.

55. Lekarze, lekarze dentyści. Ministerstwo Zdrowia. URL : <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lekarze-lekarzedentyscizaswiadczenie>.

56. Medical school in the United Kingdom. Wikipedia. URL : https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_school_in_the_United_Kingdom.

57. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. URL : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>