

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 Кудрі Максима Юрійовича

академічної групи 281м-21з-1 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	Хожило І.І.			

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

Нормоконтролер:	Вишнеvsька О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	6
1.1. Державна кадрова політика: сутність понять.....	6
1.2. Законодавчі та нормативно-правові аспекти державної кадрової політики.....	18
1.3. Стратегічні цілі у сфері охорони здоров'я.....	24
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД.....	30
2.1. Державна кадрова політика: міжнародний досвід.....	30
2.2. Державна кадрова політика: соціальні аспекти.....	45
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ВИРІШЕННЯ ВИЯВЛЕНИХ ПРОБЛЕМ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	66
3.1. Державна кадрова політика: аналіз кадрового забезпечення.....	66
3.2. Державна кадрова політика: системний підхід до вирішення сучасних проблем.....	71
ВИСНОВКИ.....	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	92

ВСТУП

Сьогодні в нових умовах ринкових відносин та у світлі сучасних публічно-управлінських перетворень в нашій державі найбільш вагомим чинником національної конкурентоспроможності стали не природні і фінансові ресурси, а саме людські ресурси. 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. Оскільки від рівня кадрового забезпечення безпосередньо закладів охорони здоров'я залежить якість, доступність й оперативність надання послуг у сфері охорони здоров'я. Більше того, наявність у достатній кількості кадрів сфери охорони здоров'я, їх високого рівня кваліфікації, належних умов здійснення професійної діяльності, гідної оплати праці, соціальних гарантій, достатнього об'єму матеріально-технічного і технологічного забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню країни. 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. 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 О.Л. Валевський, М. Вебер, В.Р. Веснин, Л. Ган, Б. Гогвуд, М.М. Логунова, Л.А. Пал, І.В. Петренко, В.А. Ребкало, В.Є. Романов, В.М. Сороко 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, Р.М. Ісаєнка, Н.М. Коби, О.О. Коваленка, В.В. Короленка, О.П. Корнійчука, О.О. Левицької, Л.А. Мельника, О.В. Поживілової, 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 роботи є суспільні відносини, які складаються у процесі розробки та реалізації державної кадрової політики.

Предметом роботи є державна кадрова політика України у сфері охорони здоров'я.

Метою роботи є характеристика розвитку державної кадрової політики України у сфері охорони здоров'я та надання пропозицій щодо вирішення її актуальних проблем.

Зазначена вище мета досягається постановкою таких завдань:

- розглянути теоретичні засади дослідження державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- узагальнити законодавчі та нормативно-правові аспекти державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- розглянути стратегічні цілі у сфері охорони здоров'я;
- узагальнити міжнародний досвід державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- виявити соціальні аспекти державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я
- проаналізувати кадрове забезпечення у сфері охорони здоров'я;

- запропонувати шляхи вирішення актуальних проблем державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

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. На основі структурно-функціонального методу охарактеризовано кадрові технології управління персоналом як важливі складові державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. За допомогою системно-аналітичного методу визначено особливості кадрової політики держави. 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.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, які об'єднують сім підрозділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 97 сторінок. Список використаних джерел налічує 60 найменувань. Робота містить 1 рисунок та 2 таблиці.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Державна кадрова політика: сутність понять

Надзвичайно важливим для оптимізації механізму кадрового забезпечення діяльності галузі охорони здоров'я є розуміння сутності поняття «кадрове забезпечення охорони здоров'я». Вирішенню зазначених проблем мають сприяти наукові дослідження, спрямовані на розкриття сутності понятійно-категоріального апарату.

Серед невирішених складових загальної проблеми є вирішення кадрових питань у сфері охорони здоров'я, які відповідали б сучасному рівню управлінської науки, практики і вимогам демократичного суспільства.

Однією із важливих складових успішного функціонування охорони здоров'я є кадрова політика.

Системний аналіз понятійного апарату проблеми механізмів державного управління кадровим забезпеченням охорони здоров'я, окресленої рамками даного дослідження, переконливо свідчить, що потребують уточнення і розкриття сутності такі категорії: «державне управління», «механізми державного управління», «державне управління охороною здоров'я», «система охорони здоров'я», «кадрова політика», «кадрова робота», «кадрове забезпечення», «фахівець у сфері охорони здоров'я», «державний службовець», «посадова особа місцевого самоврядування».

У Термінологічному словнику-довіднику менеджера охорони здоров'я надається тлумачення терміна кадрового менеджменту в галузі управління охороною здоров'я [1].

У Енциклопедичному словнику з державного управління зазначається, що кадрова політика – один з найважливіших напрямів державного управління, орієнтований на потребу публічної адміністрації у кадрах, що полягає у стратегічній діяльності із визначення цілей, 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. Кадрова політика у сфері державного управління – це система теоретичних знань, ідей, поглядів, принципів, відносин і організаційно-практичних заходів органів державного управління, спрямованих на встановлення цілей, завдань, характеру цієї політики, визначення форм і методів кадрової роботи з метою формування, розвитку та раціонального використання кадрового потенціалу персоналу органів державного управління. Кадрова політика у сфері державної служби (грец.: *politika* – державні або суспільні справи – от *polis* – держава) – людська діяльність, пов’язана з ухваленням і проведенням в життя рішень, наділених гідністю уповноваження з боку суспільства, для якого вони приймаються. Кадрова система – сукупність кадрових інститутів, організаційних структур, закладів підготовки державно-управлінських кадрів і відносин у державі. Кадрова служба – структурний підрозділ органу влади, основною функцією якого є здійснення кадрового менеджменту. Кадрове забезпечення – це діяльність з відновлення трудових ресурсів, головний елемент управління людськими ресурсами, необхідний чинник досягнення цілей суспільного розвитку. Кадрове забезпечення має дотримуватися певних вимог, зокрема: мати достатню гнучкість, щоб реагувати на потреби у людських ресурсах та у виконанні обов’язків перед державою та громадськістю; дотримуватися принципів високого професіоналізму та компетентності персоналу; сприяти справедливості та ефективності професійної діяльності; не бути заангажованим; бути простим і продуктивним у роботі та ін. Кадрове забезпечення місцевого самоврядування – це складний та багатогранний процес кадрової діяльності, спрямований на формування, розвиток та раціональне використання кадрів органів місцевого самоврядування. Кадрове забезпечення місцевого самоврядування є важливим елементом управління людськими ресурсами. Існує кілька головних вимог, яких має дотримуватися система кадрового забезпечення, аби бути

продуктивною: мати гнучкість, щоб реагувати на потреби відділів у людських ресурсах, і підтримувати відділи у виконанні їхніх обов'язків перед громадськістю і урядом; сповідувати принципи, що підтримують високу компетентність служби в органах місцевого самоврядування; відповідати вимогам справедливості та законності адміністративного процесу; забезпечувати набір і просування посадових осіб вільними від політичного, бюрократичного чи особистого опікування. Основна діяльність кадрового забезпечення – набір кадрів, що полягає у визначенні кандидатів на посади в органи місцевого самоврядування з представників інших сфер діяльності. У зв'язку з цим особливу увагу приділяють залученню кращих кандидатів на кожну посаду, відбору їх на конкурсній основі і забезпеченню просування кадрів лише з урахуванням їхніх службових заслуг. Центральна діяльність кадрового забезпечення – службове просування, яке полягає в призначенні посадових осіб на посаду, вищу чим вона мала. Кадрове забезпечення органів державної влади – це комплекс дій, спрямованих на пошук, оцінку і встановлення завчасно передбачених відносин з робочою силою як в самому органі для подальшого просування по кар'єрних сходах, так і поза його межами для нового найму тимчасових або постійних працівників [2].

Кадрове забезпечення як складова кадрової політики галузі за своєю сутністю є багатофункціональним поняттям, яке визначає зміст правового, організаційного, змістового, діяльнісного компонентів системи базової фахової підготовки спеціалістів галузі за відповідними напрямками, системи післядипломної освіти, підвищення кваліфікації, як умови перманентного удосконалення фахової компетенції працівників [3].

Не викликає сумніву твердження академіка В.І. Лугового, що прогнозування та формування кадрового забезпечення, визначення стратегічного бачення формування, професійного розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів України є головною метою державної кадрової політики [4].

Кадри є найбільш стабільним соціальним елементом суспільства і держави, носієм їх традицій та досвіду. Саме керівні кадри мають зберігати ці якості навіть при зміні суспільно-політичного спрямування державних інститутів і їх структури [5].

Поняття «кадри» визначають суть поняття «кадрова політика». Персонал – це весь склад установ. Кадри – це не лише штатні кваліфікаційні працівники, а і кадри, що відповідають своєму робочому місцю [6].

Отже, суть кадрової політики полягає у забезпеченні підготовки відповідних працівників до займання посад, що з'являються в організації в певний (прогнозований) час її становлення, функціонування й розвитку.

Переломним моментом в історії кадрового забезпечення стали 30-ті роки, коли в кадровій політиці замість професійної, кваліфікаційної й психофізіологічної придатності на перший план вийшла політична. 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 розрізнявалися поняття «кадрова політика» і «державна кадрова політика», хоча вони й різні за змістом [7; 8].

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 [9] (рис. 1).

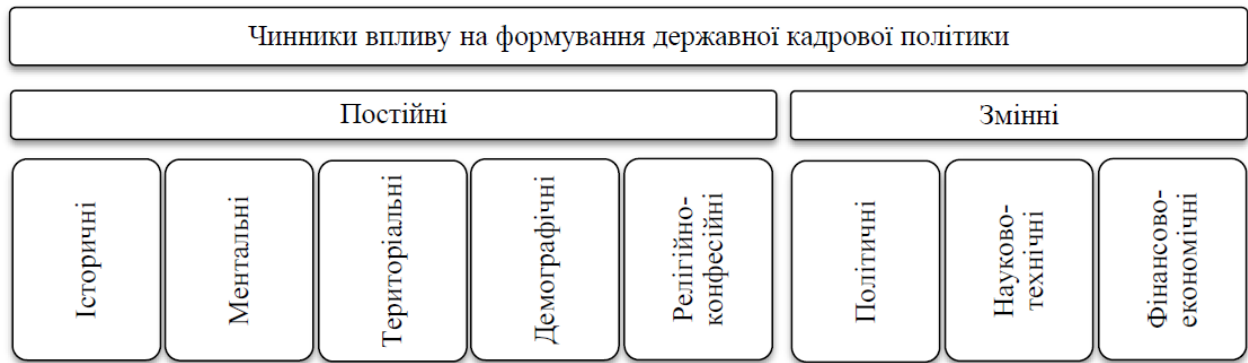


Рис. 1.1. Чинники впливу на формування державної кадрової політики в Україні на думку М.М. Білінської [9]

«Кадрова політика» – значно ширше поняття, тому що її суб'єктами виступають підприємства, установи, організації, політичні партії, органи державної влади та місцевого самоврядування [10].

Проведений нами аналіз наукових джерел, дає підстави стверджувати, що дослідники по-різному трактують поняття «кадрова політика».

Так, Г.В. Щокін зазначає, що кадрова політика – комплексна система управління людськими ресурсами, система управління людьми в масштабах держави, регіону, галузі чи окремої організації, провідний напрям 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 напрямів діяльності держави, що охоплює розробку організаційних принципів роботи з людьми, формування і раціональне використання людських ресурсів, забезпечення ефективного розвитку кадрового потенціалів [6].

І. Хентце зазначає, що формування кадрової політики можна розуміти як процес прийняття рішень [11].

Під кадровими процесами слід розуміти об'єктивно зумовлені, соціально значущі зміни, розгортання стану кадрових відносин і зв'язків, кількісних та якісних параметрів кадрового корпусу, результат дії об'єктивних та суб'єктивних факторів, причому як у середині організації, так і поза нею.

Кадровим процесам притаманні підвищена динаміка, нестабільність, стихійність, неврівноваженість, спостерігається посилення впливу традицій та звичаїв, здебільшого з негативними наслідками [12].

В аналізі кадрових процесів і виборі технологій важливе врахування відмінності стратегії – «кадрової політики» від тактики – «кадрової роботи». Якщо кадрова робота – це діяльність багатьох суб'єктів з реалізації кадрової політики (сукупність технологій, способів, механізмів її реалізації; це організація роботи з кадрами), то під поняттям «державна кадрова політика» (де суб'єктом виступає держава) розуміють державну стратегію, що виражає волю народу, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, стратегію формування, розвитку та раціонального використання кадрів, всіх людських ресурсів держави [5].

На основі системного аналізу літературних джерел, автори яких досліджують основні напрями та методи управління кадрами, можна зробити висновок, що основними складовими системи кадрової роботи є такі підсистеми:

- аналізу, планування та прогнозування кадрів. Основними завданнями цієї підсистеми є розрахунок потреби в кадрах необхідних професій, спеціальностей та кваліфікації. Вирішення зазначеної складової повинно дати відповідь на запитання «Хто потрібен і в якій кількості?»;

- підбору, розстановки, оцінки та безперервного навчання кадрів. Основними завданнями цього етапу є якісне забезпечення сформованих об'єктів і структур управління необхідними кадрами та організація ефективного стимулювання їх діяльності;

- раціонального використання кадрів на державній службі. Виконання завдань цієї підсистеми передбачає здійснення комплексу дій щодо створення високопродуктивних та стійких колективів державних службовців.

Отже, на основі аналізу опрацьованих нами літературних джерел можна зробити висновок, що кадрова політика у державі повинна формуватися за вже

встановленими організаційними принципами державної кадрової доктрини, зокрема:

- добір кадрів за діловими, професійними і моральними якостями на засадах комплексної і об'єктивної їх оцінки;
- рівність і відкритість усіх прийнятих на посаду за умови наявності відповідних професійних знань і кваліфікації;
- вирішення всіх кадрових питань демократично і гласно, забезпечення оновлення кадрів, дотримання законності і нормативних вимог у кадрових питаннях.

У процесі адміністративної реформи в Україні нового змісту повинен набути і один з найважливіших принципів кадрової політики – принцип перспективності кадрів. Зазначений принцип передбачає необхідність виконання таких вимог:

- встановлення і, найголовніше, чітке дотримання вікового цензу для різних категорій посад;
- визначення терміну роботи на одній посаді;
- можливість зміни професії чи спеціальності;
- організація систематичного підвищення кваліфікації;
- відповідний стан здоров'я.

В структурно-змістовному плані державна кадрова політика – система офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів діяльності держави з організації та регулювання кадрових процесів і відносин [5].

Проведений нами аналіз літературних джерел свідчить про те, що кадрова політика – це:

а) сукупність теоретичних знань і організаційно-практичних заходів органів державної влади, спрямованих на визначення та втілення в життя мети, характеру, принципів, завдань і методів кадрового забезпечення;

б) система принципів, форм і методів, спрямувань діяльності органів управління та їх практична реалізація в процесі кадрової роботи, яка спрямована на комплектування органів державної влади компетентними

кадрами, створення умов для їх ефективної роботи і забезпечення їх соціального захисту, а також об'єктивну оцінку ефективності цього процесу;

в) генеральний напрям у кадровій роботі, визначений сукупністю найважливіших принципових положень, виражених у державній та відомчих рішеннях на далеку перспективу або на певний період функціонування органів управління.

Дослідження окремих авторів щодо державної кадрової політики дозволяють нам зупинитись на наступних положеннях щодо основних вимог до кадрової політики [13]:

1. Державна кадрова політика не повинна бути декларативною, а абстрактною. Навпаки, вона повинна мати творчий, дієвий характер.

2. Повинна бути системною, комплексною і всебічною. Це обумовлює її динамічність, а відтак, поетапність проведення.

3. Як об'єкт треба розглядати все працююче населення, всі його рівні, тобто державна кадрова політика повинна бути загальною.

4. Мати новаторський, але не кон'юнктурний характер, йти на декілька кроків вперед, бути прогнозованою, випереджувальною.

5. Сучасна державна кадрова політика повинна мати послідовно демократичний характер.

Державна кадрова політика (де її суб'єктом виступає держава) визначає місце і роль кадрів у суспільстві, мету, завдання, найважливіші напрями і принципи роботи державних структур з кадрами, головні критерії їх оцінки, шляхи вдосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації, раціональне використання кадрового потенціалу країни. Окремі гілки влади, міністерства, відомства, місцеві державні адміністрації розробляють свої кадрові програми і плани, але в межах стратегії і тактики, реалізуючи державну кадрову політику. Саме за таких умов вона може стати ефективним важелем державного впливу на економіку і політичне життя. У нових умовах суттєво змінюється зміст державної кадрової політики. З одного боку, він звужується з погляду змісту, а з другого, розширюється в плані збільшення об'єктів впливу –

збагачення і розвитку ролі місцевих державних органів у роботі з кадрами. Термін «кадрова політика» в управлінській практиці досить значущий. Головне – різниця в підходах до його використання: одні дослідники та практики розуміють під кадровою політикою визначення стратегії роботи з кадрами кожного суб'єкта управлінської діяльності, свого роду програму діяльності. Інші вважають, що кадрова політика тотожна кадровій діяльності, тобто тлумачать її досить широко, включаючи в неї кадрову роботу. Справді, між ними немає чіткої межі, але вони не тотожні за змістом і технологією реалізації, тому що віддзеркалюють різні етапи та сторони кадрового процесу. Кадрова робота – це діяльність багатьох суб'єктів з реалізації кадрової політики; це сукупність технологій, способів, механізмів її реалізації; це організація роботи з кадрами. Кадрова політика як соціальне явище, маючи багаторівневу структуру, значно ширше за змістом, ніж державна кадрова політика, де суб'єктом виступає держава, яка не може брати на себе вирішення всіх кадрових проблем. Під державною кадровою політикою слід розуміти державну стратегію, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, що віддзеркалює волю народу, державну стратегію формування, розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів держави. У змістовному плані державна кадрова політика – це система офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів діяльності держави з організації та регулювання кадрових процесів і відносин. Ці принципи, у свою чергу, визначають і головні критерії оцінки кадрів, шляхи вдосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу, раціонального використання кадрового потенціалу країни. Кадрова політика – це, в першу чергу, наука. Як наука вона покликана в ідеях, принципах, критеріях віддзеркалювати закономірності розвитку реальних кадрових процесів, сталі, постійні зв'язки та відносини, що дають їм певну якісну характеристику, визначають основні риси та принципи кадрової роботи. У той же час державна кадрова політика є суб'єктивною за формами, механізмами, технологіями проявів і реалізації, що в багатьох випадках визначається суб'єктивними діями

окремих осіб – лідерів, керівників державних структур – залежить від способу їхнього мислення. Державна кадрова політика призначена прогнозувати та програмувати майбутнє, визначати стратегічне бачення формування, професійного розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів України, визначити цілі і пріоритети кадрової діяльності [14].

Державна кадрова політика здійснюється уповноваженими державними органами, які визначають мету, завдання, виробляють принципи здійснення державної кадрової політики, визначають місце і роль кадрів у суспільстві, нормативно-правові засади та критерії оцінки їх діяльності, створюють систему механізмів розвитку кадрового потенціалу, удосконалення його професіоналізму, морально-етичних якостей.

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 відповідає б сформованим умовам і цілям соціального розвитку [6].

Варто погодитись з думкою тих дослідників, які стверджують, що кадрова політика у державі повинна формуватися за вже встановленими організаційними принципами державної кадрової доктрини, зокрема [15; 16]:

- добір кадрів за діловими, професійними і моральними якостями на засадах комплексної і об'єктивної їх оцінки;
- рівність і відкритість усіх прийнятих на посаду за умови наявності відповідних професійних знань і кваліфікації;
- вирішення всіх кадрових питань демократично і гласно, забезпечення оновлення кадрів, дотримання законності і нормативних вимог у кадрових питаннях.

Реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я має бути спрямоване 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.

Інструментом реалізації кадрової політики виступає планування кадрової роботи. Кадрове планування – складова частина управління персоналом, система заходів, прийнята в органах місцевого самоврядування. Метою кадрового планування є забезпечення органу необхідним складом персоналу, професіоналами, здатними виконати поставлені перед ними перспективні і поточні завдання [6].

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». На перший погляд ці поняття є дуже схожими, але, дослідивши їх значення, ми виявили певні відмінності, а саме:

- спеціаліст з державного управління охороною здоров'я – це державний службовець, як правило, лікар за фахом, який обіймає ту чи іншу посаду на державній службі у сфері охорони здоров'я (наприклад, очолює районне чи працює в обласному управлінні охороною здоров'я) [17];

- менеджер в охороні здоров'я – це, насамперед, не державний службовець, часто і не лікар, який працює в лікувально-профілактичному закладі чи очолює його та виконує організаційну роботу щодо реалізації замовлення на контрактних засадах. Як правило, менеджер може мати юридичну чи економічну освіту;

- керівник медичного закладу – це менеджер технологічного профілю, який здійснює загальне керівництво тими чи іншими медичними технологічними процесами, координує дії окремих її ланок і об'єднує зусилля колективу для досягнення мети й отримання високого результату.

Одним з першочергових напрямів процесу формування кадрової політики України варто вважати об'єктивізацію відбору на керівні посади. Адже саме професіоналізм визначатиме успіх чи неуспіх, виживання чи не виживання медичної установи, охорони здоров'я України – як галузі в цілому, в нових для нашої країни умовах сучасної ринкової економіки. Професіоналізм – це, насамперед, здатність державного службовця, колективу державних службовців визначати з урахуванням умов і реальних можливостей найбільш ефективні шляхи та способи реалізації поставлених перед ними завдань у межах нормативного визначення повноважень. Високий професіоналізм – одна з основних і найважливіших якостей сучасного керівника.

Професіоналом можна вважати працівника, який успішно вирішує завдання, згідно зі своїми службовими обов'язками; має здібності до професії, а також мотивацію до цієї роботи; задоволений працею; досягає бажаних для суспільства результатів шляхом виконання своїх функцій; використовує сучасні технології; засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії); виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність; досягає необхідного рівня професійних особистісних якостей, знань і умінь; відкритий для фахового

навчання, здобуття досвіду, змін; соціально активний; відданий професії; готовий до якісної та кількісної оцінки власної праці тощо.

Таким чином, можна погодитись з думкою В.М. Сороко, що сутність ефективного кадрового забезпечення органів державної служби полягає не в тому, щоб визначити які знання, вміння та якості необхідні для виконання роботи державного службовця, а в тому, які знання, уміння та професійно важливі особистісні якості повинні мати успішні та результативні державні службовці [15].

1.2. Законодавчі та нормативно-правові аспекти державної кадрової політики

Формування, розвиток та ефективність реалізації державної кадрової політики безпосередньо пов'язані з наявністю досконалої, адекватної відповідному історичному етапу розвитку держави законодавчо-нормативної бази. Вона, по суті, є науковою засадою зазначених процесів, ураховуючи, що законодавча діяльність здійснюється на основі фундаментальних наукових напрацювань учених у галузі держави і права, адміністративного та трудового права, міжнародного досвіду тощо.

Правовою основою для формування державної кадрової політики в Україні є: Загальна декларація прав людини, Конституція України, Кодекс законів про працю України, Цивільний кодекс України, Кодекс України про адміністративні правопорушення, інші законодавчі та підзаконні нормативні акти.

Межі втручання в кадрові процеси визначають Конституція України, закони України. Об'єктом впливу держави є всі кадри суспільства, всі людські ресурси. Об'єктом безпосереднього державного управління є особовий склад державної служби, кадри органів державної влади. Механізми управління державними службовцями суттєво відрізняються від системи державного впливу (в тому числі опосередкованого) на кадри виробничих,

підприємницьких, фінансово-банківських структур тощо, де вплив держави на кадри зводиться переважно до використання методів рекомендацій, стимулювання, фінансово-економічної та моральної підтримки.

Протягом останніх років розроблено низку документів, які стосуються певних аспектів державної кадрової політики, більшість із яких має практичне спрямування. Серед основних з них потрібно виділити Наказ МОЗ України від 07.10.2022 № 1832 «Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023-2025 роки» як найбільш актуальний документ, а також такі законодавчо-правові акти, як закони України «Про державну службу» та «Службу в органах місцевого самоврядування», «Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року» (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН 70/1) [18], «Здоров'я-2020. Основи політики та стратегія» (прийнято 62-ю сесією ЄРБ ВООЗ, Мальта, 2012 рік, резолюція БИИ/ ЯС62/8) [19], «Кадри і служби охорони здоров'я. Глобальна стратегія для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2016-2030 р.» (резолюція ВНА 69.38) [20], Рішення 851/2004/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 21 квітня 2004 р. про утворення Європейського центру з профілактики та контролю за захворюваннями [21], Коаліційна угода Верховної Ради України VIII скликання (розділ XVI. Реформа системи охорони здоров'я, включаючи громадську платформу 80+) [22], «Стратегія сталого розвитку «Україна - 2020» (затверджена Указом Президента від 12 січня 2015 року № 5/2015) [23], Закон України від 19.11.1992р. № 2802-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (із змінами і доповненнями) [24], Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» [25], Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад...» [26], Наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я» [27], Наказ МОЗ України від

23.11.2007 р. № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою» [28].

21 жовтня 2015 року Генеральна Асамблея ООН прийняла Резолюцію 70/1 «Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року», 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 (додаток А) [18]. 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 р. (WHO Global Strategy on Human Resources for Health 2016-2030) [20].

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 [29,30].

В теперішній час відсутні професійні стандарти фахівців охорони здоров'я, які б відповідали сучасним світовим вимогам та дозволяли б сформуванню єдині підходи до встановлення нормативів по різних розділах медичної, соціальної, психологічної тощо 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 [29].

28 березня 2018 року своєю постановою № 302 Кабінет Міністрів України затвердив Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я.

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.

Однак на сьогодні немає законодавчо-нормативного акта, в якому з позицій наукового підходу було б чітко визначено концептуальні засади державної кадрової політики, її формування та здійснення (деякі їх аспекти вказані в Наказі МОЗ України від 07.10.2022 № 1832 «Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023-2025 роки»). Практично не проводилися і комплексні дослідження правових та організаційних засад формування і здійснення державної кадрової політики, відсутні монографії з відповідної проблематики.

Державна кадрова політика є визначальним фактором здійснення відомчої, галузевої, регіональної кадрової політики, кадрової політики конкретних організацій (установ, підприємств, фірм). Дієвий вплив цього фактора безпосередньо залежить від того, наскільки державна кадрова політика будується на основі як наукового підходу, так і постійного аналізу стану роботи

з кадрами в різних галузях і сферах діяльності та реальних перспектив розвитку цього процесу, спирається на необхідне правове, організаційне і фінансове забезпечення. Реальність показала, що такий аналіз сьогодні практично не ведеться ні на загальнодержавному, ні на галузевому рівнях.

Нечіткість нормативно-правових визначень, відсутність системних монографічних досліджень самого явища державної кадрової політики як такої, а також систематичного моніторингу стану кадрового забезпечення усіх суспільних сфер не тільки не сприяють її ефективному практичному здійсненню на національному та місцевому і галузевому рівнях, а й призводять до наукової плутанини в цьому питанні. Так, аналіз наукових публікацій показує, що зміст більшості з них, назви яких пов'язані з державною кадровою політикою, зводиться в основному до розгляду державної кадрової політики у сфері державної служби.

Для поліпшення законодавчого та нормативно-правового забезпечення державної кадрової політики на сучасному етапі доцільно на державному рівні вирішити низку нагальних проблем.

По-перше, з метою виявлення проблемного поля, реальних потреб у прийнятті якісно нових нормативно-правових актів з питань державної кадрової політики доцільно провести комплексний теоретико-правовий аналіз чинної законодавчої бази.

По-друге, на підставі отриманих результатів здійснити оновлення чинних документів та підготовку нових.

Насамперед потребує розроблення і законодавчого затвердження наукова концепція державної кадрової політики, в якій мають бути чітко визначені поняття, сутність і зміст державної кадрової політики; її місце і роль в політичному управлінні; механізми взаємодії держави і політичних партій, громадських організацій у виробленні державної кадрової політики та роботі з кадрами; механізми організаційно-правових впливів держави на забезпечення кваліфікованими кадрами, зокрема керівними, виробничої сфери тощо.

По-третє, здійснити фундаментальні наукові дослідження з важливих теоретичних і практичних аспектів державної кадрової політики, які поки що не знайшли фундаментального відображення в науковій літературі, але є актуальними на практиці.

По-четверте, виробити механізми цільового вивчення передового міжнародного досвіду формування і здійснення державної кадрової політики.

1.3. Стратегічні цілі у сфері охорони здоров'я

Державна політика відіграє надзвичайно важливу роль у суспільному житті. Саме вона покликана своєчасно виявляти назрілі проблеми розвитку суспільства, аналізувати їх, встановлювати причини виникнення, складнощі, суперечності та знаходити шляхи розв'язання цих проблем. У сфері державної політики приймаються державно-політичні рішення, розробляється відповідний інструментарій, створюється механізм їх реалізації. Подальше вдосконалення системи медичного забезпечення населення України в нових соціально-економічних умовах нерозривно пов'язане з необхідністю підвищення дієвості державної політики у галузі охорони здоров'я.

Стратегічною метою державної політики у сфері охорони здоров'я є підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу [31].

Політика України у галузі охорони здоров'я ґрунтується на тому, що держава визнає право кожного свого громадянина на охорону здоров'я, забезпечує його захист. У Конституції України наголошується, що здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей, забезпечення якої – один з головних обов'язків держави. Низкою статей основного документу (статті 24, 27, 34, 49, 50 тощо) визначається право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Цей документ встановлює, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-

профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Відповідно до Конституції України, держава гарантує усім громадянам реалізацію їхніх прав у галузі охорони здоров'я шляхом:

- створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- подання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України;
- здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в галузі охорони здоров'я;
- організації державної системи збирання, оброблення та аналізу соціальної, екологічної і спеціальної медичної статистичної інформації;
- встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у галузі охорони здоров'я.

Основними принципами, на яких ґрунтується діяльність державних та недержавних організацій і установ охорони здоров'я в країні, повинні бути:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина у галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у галузі охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Оснoву державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Для здійснення аналізу і вибору стратегії державної політики стосовно перебудови системи охорони здоров'я необхідно включити певні механізми державного управління у процес перетворень, пристосовуючи їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів.

Основними механізмами формування державної політики, які максимально впливають на діяльність галузі охорони здоров'я, є: фінансування галузі, організація системи охорони здоров'я на макро- та мікрорівнях, розміщення фінансових ресурсів, методи оплати виробників медичних послуг,

регулювання діяльності з метою оптимального поєднання державного впливу та ринкових механізмів і соціальний маркетинг.

Державну політику країни впроваджує Міністерство охорони здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

МОЗ України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади у формуванні та забезпеченні реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, формуванні державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням.

У своїй діяльності МОЗ України керується Конституцією та законами України, дорученнями Президента, постановами Кабінету Міністрів та іншими законодавчими актами України [32].

Діяльність МОЗ України спрямована на розробку та реалізацію стратегічних цілей та пріоритетів держави, передусім таких, як:

- оптимізація медичного обслуговування, головною метою якої є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості;
- підвищення якості та доступності медичної допомоги дітям і матерям із впровадженням новітніх технологій;
- створення сприятливого регуляторного середовища для підприємництва та безпеки здоров'я громадян;
- удосконалення кадрової політики та інноваційний розвиток медичної науки;
- зниження рівня захворюваності та смертності населення від усіх хвороб, забезпечення профілактичного спрямування охорони здоров'я та пропагування здорового способу життя.

З метою реалізації цих стратегічних цілей передбачено: поліпшення здоров'я та зниження рівня первинної інвалідизації населення, загальної смертності та смертності населення у працездатному віці завдяки раціональному використанню ресурсів галузі; солідарний принцип фінансування; підвищення якості та ефективності медичної допомоги; зниження потреби у медичній допомозі шляхом: профілактики та раннього виявлення захворювань, контролю за перебігом захворювань і попередження їх несприятливих наслідків; формування системи громадського здоров'я, залучення та мотивації населення до здорового способу життя; запровадження заходів щодо реабілітації, організації спеціальних заходів із медичного забезпечення за окремими класами хвороб і нозологічними формами; зміни самої системи медичного обслуговування населення; участь у створенні сприятливого й безпечного для життя та здоров'я громадян середовища.

Водночас у питаннях формування політики в охороні здоров'я Україна орієнтується не лише на власні надбання, але, як член Євробюро ВООЗ, формує державну політику галузі відповідно до міжнародного документу «Політика досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті». В основі політики «Здоров'я-2020» лежать головні стратегічні напрями та відповідні їм пріоритетні сфери дій у XXI ст., які уточнюються та конкретизуються в подальших документах Євробюро ВООЗ [33].

Кризова ситуація в економіці України вимагає вирішення взаємопов'язаних питань виходу з кризи і переходу до ринкових форм та методів господарювання. Таке становище потребує залучення та раціонального використання матеріальних, фінансових, трудових та інтелектуальних ресурсів на національному, регіональних та локальних рівнях, а також перебудови системи управління на макро- і мікрорівнях. Перехід до нової методології управління передбачає творчий підхід і науковий пошук, проведення наукових досліджень та експериментів з цих питань. Особливе місце у цьому процесі відіграє вивчення світового досвіду та підготовка фахівців у галузі

менеджменту, накопичення фундаментальних і практичних знань щодо стратегічного управління.

Для вибору державної стратегії стосовно оптимізації системи охорони здоров'я в Україні необхідно залучити певні механізми державного управління до процесу перетворень, пристосовуючи їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів [34;35].

У сучасних умовах державна політика в галузі охорони здоров'я повинна будуватися на таких основних стратегічних напрямках:

- стратегія забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення;
- стратегія в галузі медичної освіти та структури кваліфікації медичних кадрів;
- стратегія в галузі наукового забезпечення розвитку медичної допомоги;
- технологічна стратегія;
- стратегія в галузі реорганізаційних форм медичної допомоги.

Принципами реформування галузі та формування нової державної політики в охороні здоров'я країни повинні стати [36]: справедливість; солідарність; орієнтованість на покращення громадського здоров'я; орієнтованість на задоволення справедливих потреб населення; орієнтованість на покращення якості медичної допомоги; результативність; ефективність; участь громадськості у формуванні політики.

РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

2.1. Державна кадрова політика: міжнародний досвід

У світовій практиці існують різні за структурою і тривалістю схеми підготовки фахівців для сфери охорони здоров'я, які можна умовно поділити на два основні підходи:

- європейський зі вступом на медичний факультет університету чи до медичного вишу після школи;
- американський з двоступеневою вищою освітою (базовий коледж і професійна медична школа).

Порівняльний аналіз існуючих національних схем підготовки медичних кадрів показує, що повний курс навчання майбутніх лікарів у більшості країн світу триває 6 років. Після закінчення навчання випускникам видається диплом і присвоюється лікарське звання, встановлене у цій країні (лікар, бакалавр медицини, ліценціат медицини, кандидат медицини тощо). Право займатися самостійною лікарською практикою у більшості країн надається тільки після обов'язкового навчання в інтернатурі [37].

Характерною рисою післядипломної медичної освіти є те, що інтернатура все більше використовується не для первинної спеціалізації у галузі певної медичної спеціальності, а для широкопрофільного клінічного стажування випускників медичних шкіл в університетських клініках і навчальних лікарських центрах з метою підготовки їх до майбутньої самостійної лікарської діяльності.

Незважаючи на наявні в окремих країнах істотні відмінності в організації, термінах і програмах інтернатури, лікарі за час навчання послідовно проходять стажування переважно за трьома основними клінічними профілями (внутрішня

медицина, загальна хірургія, акушерство та гінекологія), а також з первинної медичної допомоги.

У США, Великобританії і Швеції подальша професійна підготовка лікарів для набуття ними певної медичної спеціальності (тобто спеціалізації) має різні організаційні форми [38]. У тих небагатьох країнах, де отримання лікарського диплому після закінчення вищої медичної школи надає лікарям право на заняття загальною лікарською практикою, подальша професійна підготовка лікарів здійснюється шляхом їх участі в різних програмах удосконалення крім інтернатури. Первинна спеціалізація в Іспанії проходить через інтернатуру за профілем основної спеціальності. Більш вузька спеціалізація у рамках відповідного профілю (повторна спеціалізація) здобувається в резидентурі [39].

Термін набуття кваліфікації лікаря-фахівця з певної медичної спеціальності, обчислюється нині за кордоном багатьма роками (причому у світі спостерігається тенденція до його збільшення). Спеціалізація, незалежно від її організаційних форм у тій чи іншій країні, триває мінімум 5-7 років. Загальна ж тривалість навчання лікаря-фахівця під часу вступу до медичної школи і до отримання ліцензії на право самостійної роботи з набутою спеціальністю складає у більшості країн 12-15 років.

Значні корективи були внесені у додипломну медичну освіту у Великобританії [40]. Запроваджені зміни були обумовлені трьома групами причин: зміною у фінансуванні та управлінні вищою освітою й охороною здоров'я, появою нових підходів до створення навчальних планів і програм та досягненнями клінічної медицини. Реформи стосувались студентів, викладачів у цілому, медичних шкіл і госпітальних практик. У багатьох медичних школах країни використовуються додаткові ступені бакалавра для стимулювання процесу навчання [41]. Було зроблено висновок про те, що введення ступеня бакалавра сприяє підвищенню інтересу студентів до дослідницької роботи і поглиблення їх знань. Проте автори зазначають, що ефект знижується у тих школах, де названий ступінь одержує переважна більшість студентів, тобто тотальне присвоєння цього додаткового ступеня не призводить до бажаних

результатів [38]. Процеси реформування медичної освіти у Великобританії охопили і після-дипломну освіту [42]. Основною метою цих змін є визначення єдиного стратегічного підходу до планування і розвитку всієї безперервної медичної освіти – від моменту вступу студента в медичну школу і до припинення лікарської діяльності.

Структура систем медичної освіти. Порівняння різних підходів і структур вищої медичної освіти дозволяє виділити три основні фази, або цикли навчання: доклінічну, теоретико-клінічну і практичну. Останні дві фази можуть (або не можуть) бути роз'єднано в часі. Звичайно тривалість базової медичної освіти, яка завершується присвоєнням початкової кваліфікації, у країнах Європи, за деяким винятком, складає 6 років. Водночас медична освіта у Данії триває 6,5 років, а в Бельгії – 7 років. У Швеції та Ірландії для отримання початкової кваліфікації обов'язковим є проходження реєстраційного навчання [43].

Медична освіта Німеччини. Класичною для європейських країн можна вважати структуру медичної освіти Німеччини [44].

У Німеччині функціонує 36 медичних факультетів, які частіше є частиною університетів. Контроль за сферою охорони здоров'я покладено на державні структури. Найвищим органом управління є федеральне міністерство охорони здоров'я, а також система підлеглих міністерств охорони здоров'я федеральних земель. Міністерства контролюють освіту фахівців сфери охорони здоров'я.

Мінімальна обов'язкова тривалість медичного навчання у Німеччині – 6 років, у тому числі 2 роки доклінічного навчання і 4 роки клінічного навчання (1 рік – клінічне теоретичне навчання, 2 роки – клінічне практичне навчання, 1 рік – клінічний тренінг). Після навчання протягом 6 років в освітній установі необхідно відпрацювати практику щонайменше 18 міс в акредитованій лікарні. Зміст доклінічної та клінічної стадій підготовки регламентується і є обов'язковим. На додаток до обов'язкових дисциплін студентам надається систематична можливість прослуховувати додаткові факультативні лекції.

Кожна стадія завершується державним іспитом – доклінічним іспитом, який приймає відповідна федеральна екзаменаційна рада після успішного проходження усіх обов'язкових предметів протягом 4 семестрів. Іспит складається з письмового тесту із завданнями широкого вибору, усної частини і трьох клінічних іспитів.

На відміну від багатьох інших європейських країн післядипломна медична освіта, тобто спеціалізація, у Німеччині не перебуває під наглядом університетів або медичних шкіл [45]. Натомість правила для післядипломної медичної освіти визначаються власним національним представницьким органом лікарів та організаціями лікарів у федеральних землях відповідно на кожному конкретному рівні. Як наслідок, післядипломна медична освіта не обмежується університетськими клініками, а переважно проходить у лікарнях і багатьох інших місцях роботи лікарів - приватних клініках, дослідницьких інститутах, центрах професійного здоров'я тощо (за умови, що в цих установах є кваліфікований лікар, уповноважений на проведення післядипломної медичної освіти зі своєї спеціальності).

Програм післядипломної медичної освіти не існує і, відповідно, немає чітко визначеної кількості місць для майбутньої спеціалізації. Якщо лікар планує отримати певну спеціальність, він може відпрацювати за цією спеціальністю певний період часу (найкоротший термін складає 3 роки для сімейної медицини). Іноді цей термін може бути присвячений моно-спеціальності, іноді як обов'язкове (або факультативне) може бути навчання за спорідненою спеціальністю (наприклад, рік післядипломної медичної освіти з психіатрії є обов'язковим для спеціалізації з неврології) [38].

В той же час, для отримання бажаної спеціалізації претендент повинен додатково виконати певний затверджений перелік діагностичних і лікувальних процедур, характерних для вибраної спеціальності, а також прослухати певні теоретичні або практичні курси і скласти іспит за фахом.

Тривалість післядипломної медичної освіти є досить значною. Наприклад, спеціалізація з внутрішніх хвороб потребує 6 років навчання

(мінімум 4 роки – у відділенні внутрішніх хвороб, 6 міс – у відділенні невідкладних терапевтичних станів, час, що залишився, може бути присвячений іншим спеціальностям). Отримання подальшої вузької спеціалізації (ангіологія, кардіологія, ендокринологія, гастроентерологія тощо) потребує додатково щонайменше 2-3 років навчання [46].

Медична освіта Великої Британії. Національна система медичної освіти, що склалася у Великій Британії, значною мірою відрізняється від інших європейських країн і заслуговує більш докладного розгляду як зразок так званої традиційної британської системи професійної лікарської підготовки. В організаційному плані ця система має досить складну багатоступеневу структуру, яка в основному служить для післядипломної професійної підготовки (спеціалізації) лікарів.

Випускник медичного факультету університету одержує лікарський диплом з одночасним присвоєнням університетського ступеня бакалавра медицини і бакалавра хірургії (MBBS – Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery). Отримання цього ступеня є підставою для попередньої реєстрації у Генеральній медичній раді і внесення прізвища власника диплома до Державного медичного реєстру з метою отримання тимчасового дозволу на лікарську практику. Право видачі аналогічних дипломів і присвоєння відповідних ступенів, крім університетів, мають також деякі медичні корпорації, такі, як Лондонська королівська колегія лікарів загальної практики, Англійська королівська колегія хірургів, Единбурзька колегія лікарів і хірургів тощо.

Починаючи з 1964 р. у Великій Британії діє обов'язкове річне стажування усіх лікарів, які закінчили вищі медичні школи, як інтернів або резидентів в одній із спеціально виділених з цією метою лікарень. Протягом цього так званого дореєстраційного року лікарі проходять підготовку з внутрішньої медицини і хірургії. Лише після закінчення стажування в інтернатурі лікарі отримують право пройти повну реєстрацію у Генеральній медичній раді і юридичне право на самостійну діяльність лікаря загальної практики. Прізвища

всіх фахівців, які пройшли повну реєстрацію, заносяться до медичного реєстру - офіційний список лікарів, які мають юридичне право займатися медичною практикою.

За час інтернатури лікар обирає майбутню лікарську спеціальність: або відразу зайнятися загальною лікарською практикою, або продовжити професійну підготовку з метою отримання спеціалізації.

Уся загальна лікарська практика у Великобританії є частиною національної системи охорони здоров'я. Лікар, який пройшов повну реєстрацію, може бути призначений на практику як помічник самостійного лікаря загальної практики або бути прийнятим як лікар загальної практики в групу лікарів, що практикують, у районі, де є вакансія.

Відповідно до рекомендацій Королівської комісії з питань медичної освіти була розроблена нова Концепція післядипломної освіти, яка широко обговорювалася у британському суспільстві з 2002 р. [42] і упроваджена в практику з 2005 р. Післядипломна професійна підготовка лікарів може проходити по трьох різних напрямках і розрахована мінімум на три роки.

Перший напрямок:

- 1-й рік – підготовка у вигляді стажування протягом 6 місяців у сфері загальної практики і 6 місяців – у сфері внутрішніх хвороб;
- 2-й і 3-й роки – послідовне стажування по 6 місяців з акушерства і гінекології, отоларингологія, педіатрії та психіатрії.

Другий напрямок:

- 1-й рік – стажування протягом 6 місяців у сфері загальної медицини або психіатрії і 6 місяців - загальної практики;
- 2-й і 3-й роки – стажування по 6 місяців з педіатрії, акушерства і гінекології, геріатрії та офтальмології (одночасно), дерматології й фізіотерапії (одночасно).

Третій напрямок:

- 1-й рік – стажування 6 місяців з педіатрії і 6 місяців - з акушерства та гінекології;

- 2-й рік – стажування протягом 1 року у сфері загальної практики;
- 3-й рік – стажування по 6 місяців у двох сферах (за вибором): анестезіології, комунальної медицини, дерматології, внутрішніх хвороб, геріатрії, офтальмології, отоларингологія, психіатрії. За бажанням це стажування може проходити одночасно у двох (але не більше) з перерахованих спеціалізацій.

Загалом професійна підготовка лікаря-фахівця у Великобританії розрахована мінімум на 7 років, не враховуючи навчання на медичному факультеті університету (6 років) і однорічного стажування в інтернатурі.

Суть післядипломної професійної лікарської підготовки полягає у послідовній роботі на навчальних лікарських посадах. Ці посади фахівець посідає за конкурсом, який проводиться в університетських клініках. Робота на кожній посаді завершується складанням кваліфікаційного іспиту для отримання кваліфікаційного диплома відповідного рангу. Складання такого іспиту є обов'язковою умовою, щоб претендувати на наступну, вищу, і, зрештою, на самостійну посаду лікаря-фахівця з відповідної спеціальності [42].

Структура медичної освіти США. У США відсутня виокремлена національна система вищої медичної освіти. Діє так звана триступенева система вищої школи [42]. Для медичної освіти до неї входять:

- дворічні медичні коледжі, у яких водночас із загальноосвітньою підготовкою здійснюється домедична освіта;
- чотирирічні медичні коледжі, які дають середню спеціальну медичну освіту;
- вищі медичні навчальні заклади, які називаються медичними школами і в яких здійснюється додипломна лікарська освіта.

Така багатоступенева система дає можливість значною мірою коригувати подальше навчання студентів у напрямку вирішення проблеми професійної орієнтації, виходячи з їх інтересів, здібностей і можливостей, що відіграє вирішальну роль у поліпшенні якості підготовки фахівців.

Для вступу до медичної школи абітурієнт зобов'язаний успішно скласти вступні іспити з історії, математики, природничих наук та іноземної мови, а також пройти співбесіду і тестування. Розроблений Американською психолого-педагогічною корпорацією тест для прийому у вищі медичні навчальні заклади (Medical College Admission Test, MCAT) складається з чотирьох частин і повинен визначати:

- здатність вступника користуватися спеціальними термінами, визначеннями і поняттями;
- можливість маніпулювати кількісними позначеннями;
- ступінь ознайомлення вступника із сучасними науковими відкриттями і досягненнями в окремих дисциплінах;
- рівень знань у галузі природничих наук [47].

Більшість американських медичних шкіл – це медичні факультети університетів, і лише окремі такі школи є самостійними навчальними закладами. Курс навчання у медичній школі розрахований на 4 роки, з яких перші два присвячені доклінічній підготовці майбутніх лікарів, а наступні – початковій клінічній підготовці [47]. У період доклінічної підготовки студенти вивчають анатомію, гістологію, біохімію, біофізику, фізіологію і патологію та інші основні неклінічні дисципліни. У період початкової клінічної підготовки студенти вивчають низку клінічних дисциплін – внутрішні хвороби, хірургію, акушерство і гінекологію, радіологію тощо. Значна частина навчального часу відводиться роботі у відповідних клініках. За час навчання студенти повинні відпрацювати в середньому 7 клінічних практик. Слід зазначити, що програми різних медичних шкіл відрізняються, особливо переліком клінічних дисциплін, що вивчаються у них, частина з яких представлена у вигляді елективних модулів.

Нині в багатьох медичних школах США значно поширений так званий системний метод викладання, який полягає у вивченні не окремих дисциплін (анатомія, гістологія, фізіологія, патологія, біохімія, пропедевтика тощо), а у

комплексному вивченні окремих органів і систем у морфофункціональному і семіотичному аспектах за нормальних та патологічних умов.

У зв'язку з цим у низці медичних шкіл замість кафедр створені міждисциплінарні групи навчання у рамках спеціальності – академічні товариства викладачів і студентів [47]. На відміну від кафедральної структури, за якої важко досягти справжньої інтеграції, у рамках академічного товариства викладання здійснюється викладачами різних дисциплін, що входять до групи, том комплекс дисциплін націлений на вивчення конкретної спеціальності. Уведення системного методу викладання стало причиною важливих змін в організації навчального процесу і зумовило розробку принципово нових, інтегрованих навчальних програм. Різні медичні школи відрізняються не тільки кількістю дисциплін, які там вивчаються, а й співвідношенням обов'язкових і факультативних предметів, кількістю навчального часу, що відводиться на вивчення тих або інших дисциплін, а також формами навчання.

Велика увага в медичній освіті надається проблемному навчанню, цьому сприяє його індивідуалізація та самостійна робота [42]. Практика проведення іспитів також відрізняється як в окремих медичних школах, так і на різних етапах навчання. Під час доклінічної підготовки частіше практикуються письмові іспити, що проводяться іноді у формі тестів за широким вибором. Такі тести спрямовані на виявлення ступеня оволодіння основними професійними вміннями [38]. У деяких медичних школах ці іспити доповнюються перевіркою практичного вміння студентів працювати в лабораторіях. У період клінічної підготовки в більшості медичних шкіл разом з проведенням формальних письмових або усних іспитів провідну роль в оцінці оволодіння дисциплінами, що вивчалися, відіграють відгуки викладачів про результати щоденної роботи студентів у клініках безпосередньо біля ліжка хворого [47].

Студентам, які пройшли повний курс навчання у медичному навчальному закладі та успішно склали всі встановлені в даній медичній школі іспити, видається сертифікат про закінчення медичної школи і присвоюється звання доктора медицини. Сертифікат не дає його володарю права займатися

медичною практикою. Для отримання спеціального дозволу (повної ліцензії) на самостійну медичну практику всі випускники медичних шкіл зобов'язані пройти подальший курс навчання в інтернатурі і резидентурі [47].

Інтернатура в США – перша стадія післядипломної медичної освіти, яка йде безпосередньо після завершення чотирирічної програми навчання у вищій медичній школі. Вона полягає у практичній роботі випускників медичних шкіл у лікарнях та амбулаторіях під керівництвом і наглядом кваліфікованих лікарів.

Перед вступом до інтернатури особи, які закінчили медичну школу, зобов'язані скласти ліцензійний іспит і на період навчання в інтернатурі отримати право на медичну практику під контролем [42]. Ці іспити проводять спеціальні комісії, організовані на замовлення медичних шкіл Національною радою медичних екзаменаторів (NBME).

У США існують два типи інтернатури: пряма і ротаційна. У першій з них здійснюється первинна спеціалізація у галузі терапії, хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології, патології. Ця інтернатура організовується на базі лікарень, для яких затверджена резидентура з відповідної спеціальності. Тривалість навчання - один рік.

У ротаційній інтернатурі здійснюється підготовка з двох або більше клінічних спеціальностей, проте з обов'язковою підготовкою з внутрішньої медицини протягом 4 місяців. Мета цієї інтернатури – дати інтерну протягом 1 року різнобічну клінічну підготовку для подальшої самостійної медичної практики як сімейного лікаря.

Після закінчення інтернатури випускники зобов'язані скласти ліцензійний іспит (USMLE Step 3), після чого вони одержують ліцензію на право самостійної лікарської практики як сімейний лікар.

В даний час федеральним органом з видачі ліцензій на лікарську практику для більшості штатів (за винятком штатів Делавер, Флорида і Техас) є Національна рада медичних екзаменаторів. І лише в згаданих трьох штатах видачею ліцензій і прийомом іспитів продовжують займатися екзаменаційні комісії департаментів охорони здоров'я штатів.

З 1970 р. в США інтегровано інтернатуру і резидентуру [38]. Програма інтернатури охоплює перший рік навчання. Власне резидентура - це друга фаза післядипломної медичної освіти, мета якої – підготовка кваліфікованих лікарів фахівців за певною медичною спеціальністю. Резидентура організовується в університетських навчальних медичних центрах і на базі лікарень, пов'язаних з медичними школами. Термін навчання – від 3 до 5 років, залежно від вибраної спеціальності. Наприклад, мінімальна тривалість резидентури (не враховуючи 1 року інтернатури) з анестезіології, внутрішніх хвороб, акушерства і гінекології, урології, дерматовенерології, медичної радіології – 3 роки; з нейрохірургії, оториноларингології – 4, загальної хірургії – 5 років. Реальна тривалість підготовки фахівців у резидентурі зазвичай більша. Часто лікарі після закінчення резидентури, перш ніж скласти кваліфікаційний іспит з метою отримання спеціальної ліцензії для самостійної роботи за фахом, змушені ще 1-2 роки присвятити практичній роботі з вибраної спеціальності [47].

Важливим аспектом управління кадровими ресурсами у сфері охорони здоров'я більшості країн світу є фахове самоврядування. Ще у 1987 році 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.

Так, вищими законодавчими органами наших сусідів прийняті: Закон Польщі «Про ізби лікарські» від 17 травня 1989 року, Закон Болгарії «Про корпоративну організацію лікарів і стоматологів» від 21 липня 1998 року, Закон Словаччини «Про Словацьку лікарську комору» від 3 грудня 1991 року, Закон Румунії 74/1995 - про *Asociata Medicala Romana*, Закон Албанії «Про лікарське упорядкування в Республіці Албанія» від 01 червня 2000 року. Органи

лікарського самоврядування успішно діють більш як у 100 країнах світу, зокрема в США – American Medical Association з 1847 року, Швейцарії – Federation des médecins suisses з 1867 року, Норвегії – Den Norske Lægeforeningen з 1886 року, Канаді – The Medical Council of Canada з 1912 року, Німеччині – Bundesärztekammer з 1947 року, Македонії – Македонско лекарско друштво з 1945, та 1996, Туреччині - Turk Tabipleri Birligi з 1973 року і навіть у Нігерії – Nigerian Medical Association з 1988 року.

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 року від Українського лікарського товариства у Львові та з 1917 року від лікарського товариства УНР веде тривалу активну роботу щодо впровадження лікарського самоврядування після прийняття відповідного Закону Верховною Радою України. 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;
- розробка 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.

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 недосяжним.

Намагаючись побудувати нову національну систему охорони здоров'я необхідно усвідомлювати і можливість спротиву тих, чиї інтереси 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.

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.

2.2. Державна кадрова політика: соціальні аспекти

Нинішній стан соціально-економічних і політичних інституцій України потребує певного удосконалення, оскільки наявні державні механізми в межах існуючої політичної системи держави не здатні усунути соціальні дисбаланси.

На даному етапі функціонування суспільства одним із найважливіших факторів його розвитку була і залишається кадрова політика, яка визначає основний зміст і характер усіх видів соціального управління в Україні.

Тривалі об'єктивні та суб'єктивні труднощі призвели до серйозних кадрових проблем у роботі з керівниками державних підприємств, установ, організацій. Продовжується відтік висококваліфікованих, досвідчених кадрів.

Пріоритетом кадрової політики у сфері охорони здоров'я є:

- удосконалення системи аналізу, прогнозування соціальних процесів і трудових ресурсів;
- кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я відповідно до наявної потреби з урахуванням результатів медико- соціального та демографічного прогнозування;
- вирішення проблем розвитку медичного підприємництва, приватно-державного партнерства, забезпечення зайнятості та подолання безробіття;
- забезпечення соціальних гарантій праці, заробітної плати, прибутків.

Головна мета сучасної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення високого професіоналізму всіх ділянок трудової діяльності кваліфікованими, активно діючими, добросовісними медичними працівниками, здатними забезпечити якісними послугами з профілактики, діагностики та лікування населення України.

Сучасна кадрова політика підприємства (фірми, корпорації) має бути спрямована на ринкові умови господарювання.

Важливою проблемою, пов'язаною з незадовільними соціальними гарантіями медикам, загрожує стати їх еміграція до інших країн. За даними

профспілки медпрацівників України, щорічно країну покидають понад 50 тисяч лікарів.

Працівники медичної сфери, які вже мають хоча б декілька років професійного стажу, але не володіють англійською мовою, найчастіше їдуть в країни Африки і на Мальдіви. Там вони в середньому заробляють 4000\$, забезпечені житлом і мають соціальний пакет.

Значно важче дається українським медикам офіційна робота в Німеччині, Австрії, Швеції та інших країнах Європи. Щоб підтвердити свої професійні знання та вміння, потрібно здати екзамен. Враховуючи вартість перельотів, підготовки, курсів, ціну самого іспиту, підтвердження фаху в деяких випадках може коштувати до 10000\$. Після здачі іспитів наші медики повинні зареєструватися в медичній раді і отримати ліцензію на роботу. І лише тоді український лікар може виконувати свої професійні обов'язки. Деякі європейські країни, які мають дефіцит працівників медичної сфери, розробляють вигідні програми для залучення фахівців з інших країн. Саме так багато українських лікарів виїхало в Данію і Англію. Останніми роками для наших медиків стала більш доступною робота в Німеччині. Уряд ФРН спростив процедуру реєстрації, що суттєво полегшило можливості працевлаштування.

Після підписання Шенгенського договору почався стрімкий відтік польських медиків у країни Західної Європи. З цієї причини уряд Польщі вирішив почати співпрацю з Україною. Лікаря, який пройшов процедуру легалізації освіти, склав іспити та отримав ліцензію в регіональній медичній палаті, надається офіційна робота в Польщі.

Для ефективної реалізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я України вважаємо за доцільне:

- розроблення середньострокового та довгострокового державного плану та балансу підготовки кадрів з урахуванням тенденцій формування робочої сили, яка за чисельністю професійного складу, освітньо-кваліфікаційним рівнем відповідає перспективним потребам розвитку галузі, а також територіальних ринків праці;

- перегляд старих методів і розробка нових підходів до виконання програми виробничої практики студентів профільних ВНЗ у напрямку можливості подальшого працевлаштування молодих спеціалістів;
- впровадження системи «наставництва», що дасть можливість досвідченим працівникам навчати молоді кадри, адаптуючи їх до виробничих умов;
- впровадження на законодавчому рівні чітких гарантій відшкодування працівником підприємству коштів, витрачених на його навчання, у разі дострокового переривання трудової угоди з боку працівника підвищуючи, таким чином, взаємну відповідальність роботодавця і працівника;
- з метою вирішення проблеми кадрового забезпечення необхідне укладення між відповідними регулюючими державними органами, підприємствами промислової та будівельної галузей, а також спеціалізованими профільними навчальними закладами міжгалузевої багатосторонньої угоди, що надасть можливість самим підприємствам впливати на напрямок і склад підготовки кадрів для своїх потреб;
- з метою удосконалення системи працевлаштування випускників вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації шляхом продовження квотування місць на підготовку кадрів щодо областей і районів, а також посилення в цьому питанні ролі служби зайнятості, створення відповідно до чинного законодавства сучасної системи державного розподілу фахівців; розроблення заходів щодо створення умов для підвищення доходів зайнятих в соціально-економічній сфері, а також щодо розвитку соціальної сфери в тому числі шляхом пільгового довгострокового кредитування забудовників, за умови надання ними визначеної частки житла в якості соціального для медичних працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я;
- розроблення та впровадження в дію механізму відшкодування коштів до державного бюджету від молодих спеціалістів, які навчалися у вищих навчальних закладах на бюджетній основі, а після закінчення навчання не прибули для працевлаштування на виробництво;

- розроблення та впровадження автоматизованої інформаційної системи для забезпечення відбору, навчання, оцінки професійної компетентності кадрів, у тому числі психологічної;
- організація мережевої взаємодії медичних освітніх установ, органів та закладів охорони здоров'я для розвитку мобільності у сфері освіти та науки, удосконалення інформаційного обміну та сприяння прийняттю управлінських рішень;
- удосконалення системи управління медичною освітою та підготовкою кадрів на основі удосконалення інформаційно-комунікативних технологій в рамках єдиного освітнього простору;
- розроблення та впровадження моделей безперервної професійної медичної освіти, що забезпечує кожній людині формування індивідуальної освітньої траєкторії для подальшого професійного, кар'єрного і особистісного росту;
- впровадження нового переліку напрямів підготовки (спеціальностей) та професійної медичної освіти, а також відповідних державних освітніх стандартів, розроблених з метою формування освітніх програм, адекватних світовим тенденціям, потребам ринку праці і особистості, інноваційному шляху розвитку економіки;
- впровадження нових освітніх технологій і принципів організації навчального процесу, які забезпечують реалізацію нових моделей і змісту безперервної професійної освіти;
- організація та здійснення конкурсного відбору освітніх установ для здійснення навчання у системі вищої та професійної освіти, а також у системі професійної перепідготовки, підвищення кваліфікації кадрів;
- удосконалення механізму державного і регіонального замовлення на основі механізмів контрактації з гарантуванням подальшого працевлаштування випускників за одержаною професією; при цьому обсяг підготовки кадрів щорічно має затверджуватися постановою уряду,

ґрунтуючись на середньостроковому та довгостроковому державному плані підготовки кадрів;

- передбачити економічні заходи в частині відшкодування витрат на навчання до бюджету відповідного рівня при відмові від працевлаштування за державним направленням випускників вищих навчальних закладів, а також аспірантури, докторантури;

- здійснення фінансового забезпечення підготовки кадрів на основі нормативів фінансування на одну особу, затверджених відповідним органом виконавчої влади по кожній спеціальності;

- розроблення механізмів стимулювання соціальної відповідальності бізнесу, в частині забезпечення формування, розвитку та відтворення трудових ресурсів підприємств;

- удосконалення механізму функціонування сучасної професійної орієнтації і спеціалізації медичних кадрів.

Ефективне виконання державою своїх функцій неможливе без професійних кадрів, які є головним потенціалом країни. Дієва кадрова політика є одним із потужних інструментів реформування, вона визначає місце і роль кадрів у суспільстві, мету, завдання, найважливіші напрями і принципи роботи державних структур з кадрами, головні критерії їх оцінки, шляхи удосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників, раціональне використання кадрового потенціалу України. Адже саме від наявності кадрів, їхнього професіоналізму, у першу чергу, залежать якість та своєчасність надання медичної допомоги. Тому вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ [48, 49].

Крім того, медичні кадри розглядаються як стратегічний капітал, і 70 % усіх капіталовкладень в галузь охорони здоров'я у світі спрямовуються саме на кадрове забезпечення. Натомість стан кадрового забезпечення галузі залишається складним і потребує дієвого удосконалення у процесі провадження реформ. Нині на перший план виходить потреба підготовки якісно нової

генерації медиків. Знаменно, що необхідність такого підходу у вирішенні кадрового питання декларувалася вже в 1931 році засновником біоекономіки С.А. Томіліним: «Безсумнівно, що часткові реформи у викладанні на медичних факультетах дещо розсунули вузький горизонт терапевтичного мислення лікаря, але, принаймні, досі вони не змінили докорінно, якщо можна так висловитися, медичного світогляду лікаря, в центрі якого знаходиться терапія, а на далекій периферії - смутні обриси профілактики. Соціальна обстановка наявного життя вимагає зовсім іншого типу лікаря, в центрі прагнень якого була б профілактика, облямована терапією» [50].

На сьогодні вітчизняна галузь охорони здоров'я потребує креативних фахівців, які володіють сучасними лікувально-діагностичними технологіями, з розвинутим профілактичним світоглядом. Завдання таких фахівців забезпечити доступність до населення медичної допомоги на первинному рівні, де зосереджені основна маса пацієнтів, але не диспетчерські функції для вторинної ланки, оскільки таке спрощене розуміння завдань сімейної медицини може знівлювати саму суть реформування галузі [25].

Відповідно до сказаного вище, становлення та розвиток соціальної держави України забезпечується наступними пріоритетами: гарантуванням конституційних прав і свобод людини і громадянина; розвитком громадянського суспільства, його демократичних інститутів; зміцненням політичної і соціальної стабільності в суспільстві; створенням конкурентоспроможної, соціально орієнтованої ринкової економіки та забезпеченням постійно зростаючого рівня життя й добробуту населення; розвитком духовності, моральних засад, інтелектуального потенціалу Українського народу, зміцненням фізичного здоров'я нації, створенням умов для розширеного відтворення населення.

На кожному етапі свого розвитку соціальна держава визначає пріоритети щодо реалізації установлених принципів, виходячи із ступеня гостроти найважливіших соціально-економічних та політичних проблем; проблемного бачення значних протиріч історичної ситуації, що склалася, вирішення яких

буде сприяти переходу суспільства на якісно новий рівень соціально-економічного розвитку, що базується на демократичних принципах та правових нормах.

На сучасному етапі становлення соціальної держави України стратегічними пріоритетами по сферах діяльності виступають: політика доходів населення; зайнятості населення; соціальної безпеки та соціального захисту населення; охорони здоров'я населення; демографічного розвитку; соціокультурного середовища; систем життєзабезпечення населення.

У сфері політики доходів населення: забезпечення зростання реальної заробітної плати; встановлення державних гарантій оплати праці; недопущення отримання заробітної плати нижче прожиткового мінімуму визначеного державою.

У сфері зайнятості населення: забезпечення громадянам України можливості працювати на умовах вільного вибору професії, повної і продуктивної зайнятості; захист трудових прав та інтересів працівників через систему соціального партнерства.

У сфері соціальної безпеки та соціального захисту населення: створення ефективної, реально діючої системи соціальної безпеки та соціального захисту населення від соціальних ризиків та загроз; розробка та прийняття закону України «Про основи соціальної безпеки в Україні»; вдосконалення системи пенсійного забезпечення та реформування системи соціального страхування; здійснення реального соціального захисту сім'ї, материнства, молоді, інвалідів та інших слабо захищених верств населення.

У сфері охорони здоров'я населення: створення умов для розвитку медичної науки; удосконалення системи невідкладної медичної допомоги з метою наближення її до світових стандартів, розвитку інституту сімейного лікаря; розвиток та вдосконалення адресної дотації для пільгового забезпечення ліками громадян за соціально-медичними показниками; ефективного використання баз санаторно-курортного оздоровлення; впровадження державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я та дотримання

гарантованого рівня державної безоплатної медичної допомоги; розробка та прийняття закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування».

У сфері демографічного розвитку: розробка та вдосконалення основних напрямків демографічної політики, спрямованої на зменшення депопуляції населення України; вдосконалення законодавчої бази України стосовно демографічного розвитку та демографічної безпеки держави.

У сфері соціокультурного середовища: вдосконалення системи розвитку освіти, закладів культури і науки; збереження та пропагування національної культури, мови, традицій, як на території України так і за кордоном; толерантне ставлення до мови, традицій і культури інших народів, націй і народностей, які населяють Україну.

У сфері життєзабезпечення населення: збереження, відновлення та примноження житлового фонду; створення фонду соціального житла; поліпшення якості та рівня благоустрою житла; розвиток комунального господарства, засобів транспорту і зв'язку; створення нормальних умов життя в населених пунктах (газифікація, телефонізація), що не мають постійно діючих комунікацій з основною територією країни; розвиток дієвих та привабливих умов для кредитування стосовно придбання житла.

Головною метою кадрової політики в соціально-гуманітарній сфері, частиною якої є сфера охорони здоров'я, є реформування ринку праці, створення адресної системи матеріальної допомоги, реформування медичного обслуговування та гарантування найважливіших прав особистості, зокрема захист трудових прав громадян, захист прав споживачів, соціальний захист безробітних, охорони праці та безпечної життєдіяльності, виходячи із основного завдання держави - збалансування свободи ринкової економіки із забезпеченням фізичної, юридичної та соціальної захищеності громадян.

Основними цілями кадрової політики в соціально-гуманітарній сфері є:

- забезпечення гарантованих Конституцією України прав і свобод громадян на основі впровадження європейських стандартів соціального захисту, підвищення якості соціальних послуг;
- надання громадянам упродовж усього життя соціальних гарантій на основі вдосконалення системи соціальних стандартів і пільг;
- досягнення ефективного демографічного розвитку;
- поліпшення соціального захисту дітей, утвердження духовно і фізично здорової, матеріально забезпеченої та соціально благополучної сім'ї;
- сприяння молоді в реалізації творчих можливостей та ініціатив, залучення її до активної участі в соціальному, економічному та гуманітарному розвитку держави;
- забезпечення доступним житлом громадян, насамперед малозабезпечених, з обмеженими фізичними можливостями, молоді, працівників бюджетної сфери, формування потужного державного замовлення на будівництво соціального житла, відродження доступного іпотечного кредитування;
- трансформація державної політики у сфері зайнятості та ринку праці, в тому числі шляхом розвитку партнерства між роботодавцями і найманими працівниками, власниками підприємств, установ, організацій та професійними спілками;
- подолання бідності і зменшення соціального розшарування, зокрема, шляхом сприяння самозайнятості населення, розвитку малого та середнього бізнесу, недопущення виникнення заборгованості із заробітної плати на підприємствах, в установах, організаціях усіх форм власності;
- забезпечення державних гарантій щодо реалізації соціальних прав працівників підприємств, установ, організацій усіх форм власності, забезпечення молоді першим робочим місцем;
- забезпечення захисту прав громадян України, які працюють за кордоном, та сприяння їх поверненню в Україну;

- поетапне погашення зобов'язань держави за знеціненими заощадженнями громадян;
- удосконалення системи пенсійного забезпечення, створення умов для гідного життя людей похилого віку, стимулювання розвитку недержавної системи пенсійного страхування;
- забезпечення розміру соціальних виплат, які є основним джерелом доходів, на рівні не нижчому за прожитковий мінімум, удосконалення системи підтримки соціально не- захищених верств населення;
- подолання бездомності громадян, безпритульності та бездоглядності дітей;

Для реалізації кадрової політики в соціально-гуманітарній сфері доцільно здійснити наступні першочергові кроки:

- забезпечити зростання реальної заробітної плати; встановити державні гарантії оплати праці; не допускати отримання заробітної плати нижче прожиткового мінімуму визначеного державою;
- забезпечити громадянам України можливості працювати на умовах вільного вибору професії, повної і продуктивної зайнятості; захист трудових прав та інтересів працівників через систему соціального партнерства;
- створити ефективну, реально діючу систему соціальної безпеки та соціального захисту населення від соціальних ризиків та загроз; розробити та прийняти закон України «Про основи соціальної безпеки в Україні»; вдосконалити систему пенсійного забезпечення та реформувати систему соціального страхування; здійснити реальний соціальний захист сім'ї, материнства, молоді, інвалідів та інших слабо захищених верств населення;
- створити умови для розвитку медичної науки; удосконалити систему невідкладної медичної допомоги з метою наближення її до світових стандартів, розвитку інституту сімейного лікаря; вдосконалити адресну дотацію для пільгового забезпечення ліками громадян за соціально- медичними показниками; забезпечити ефективне використання баз санаторно-курортного оздоровлення; впровадити державні соціальні стандарти у сфері охорони

здоров'я; розробити та прийняти Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування»;

- розробити та вдосконалити основні напрями демографічної політики, спрямованої на зменшення депопуляції населення України; вдосконалити законодавчу базу України стосовно демографічного розвитку та демографічної безпеки держави;

- вдосконалити систему розвитку освіти, закладів культури і науки; забезпечити збереження та пропагування національної культури, мови, традицій, як на території України так і за кордоном; толерантне ставлення до мови, традицій і культури інших народів, націй і народностей, які населяють Україну;

- забезпечити збереження, відновлення та примноження житлового фонду; створити фонд соціального житла; поліпшити якість та рівень благоустрою житла; розвиток комунального господарства, засобів транспорту і зв'язку; створити нормальні умови життя в населених пунктах (газифікація, телефонізація), що не мають постійно діючих комунікацій з основною територією країни; розвиток дієвих та привабливих умов для кредитування стосовно придбання житла.

З огляду на вищезазначене, *стратегічними цілями* кадрової політики у сфері охорони здоров'я є:

- у соціальному аспекті – досягнення високого рівня розвитку людського потенціалу держави, забезпечення рівня популяційного здоров'я, що підтверджуватиметься високими рівнями індексу людського розвитку та індексу здоров'я; задоволення очікувань медичних працівників щодо професійної самореалізації, гідних умов праці, у тому числі її оплати;

- в економічному аспекті – на забезпечення сфери охорони здоров'я кваліфікованими кадрами, підвищення рівня добробуту населення, конкурентоспроможності держави в цілому та на міжнародному ринку надання медичних послуг;

- в інституційному аспекті – на вдосконалення нормативно- правової бази з метою запровадження новітніх підходів у кадровому менеджменті у сфері охорони здоров'я з урахуванням вимог Європейського Союзу;

- в організаційному аспекті – на розбудову системи управління трудовими ресурсами у сфері охорони здоров'я на засадах соціального діалогу та партнерства держави і суб'єктів підприємницької діяльності.

Операційними цілями реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я доцільно визначити:

- розроблення, затвердження та реалізація програми підготовки фахівців (лікарів та сестер медичних) з інфекційного контролю;

- медична освіта та забезпечення потреб системи охорони здоров'я в професійних медичних кадрах, безперервний професійний розвиток медичних кадрів;

- посилення управлінських спроможностей системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад, підготовка професійних кадрів з управління закладами охорони здоров'я;

- стандартизація надання медичної допомоги та створення дієвої системи контролю якості медичних послуг;

- розвиток електронної охорони здоров'я, зокрема депаперизація та впровадження якісних і доступних електронних сервісів в системі охорони здоров'я.

Український досвід формування та реалізації державної кадрової політики пов'язаний з подальшим удосконаленням нормативно-правового забезпечення та створенням сучасної системи державної кадрової політики. Протягом останніх років в Україні оновлюється та уніфікується законодавство; здійснюється стратегічне управління державною кадровою політикою; впроваджуються система управління результативністю та функціональне управління; реформується система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів, оптимізується мережа навчальних закладів усіх рівнів, функціонує система державного замовлення відповідно до потреб ринку праці;

з'являються нові форми здобуття освіти; модернізується система профорієнтації, формується мережа центрів професійної орієнтації тощо.

Разом з тим залишається низка невирішених проблем. Це, насамперед, стосується питань створення загальнонаціональної кадрової системи та її складових – регіональних кадрових підсистем, орієнтованих на пріоритети регіонального розвитку; розроблення та впровадження системи моніторингу людського розвитку, зокрема кадрових ресурсів; удосконалення системи захисту професійних інтересів та прав працівників, передусім через залучення профспілок, асоціацій роботодавців, трудових колективів до розроблення та реалізації кадрової політики; детінізація ринку праці, усунення зловживань при найманні працівників, організації трудового процесу та оплати праці; створення системи й технологій залучення інвестицій у людський розвиток; удосконалення національної системи професійної підготовки з урахуванням реальних кадрових потреб у сфері державного управління та ключових галузей економіки.

Актуальною є проблема подолання кадрових деформацій в органах державної влади, органах місцевого самоврядування і, передусім, забезпечення захисту прав людини та формування антикорупційних механізмів у кадровій сфері. Йдеться про реалізацію конституційних положень щодо рівного права на доступ до державної служби та служби в органах місцевого самоврядування, на кар'єрне просування на основі заслуг; подолання корупційної практики, номенклатурної закритості кар'єри, суб'єктивності кадрових призначень, подвійних стандартів тощо.

У зв'язку з цим назріла нагальна потреба у зміні управлінської парадигми у сфері державної кадрової політики, розробці моделі сталої, дійової кадрової системи, упровадженні нових кадрових технологій. Серед проблем, які потребують невідкладного вирішення, слід назвати такі:

- невідповідність кадрової політики вимогам трансформаційних процесів у державі. Значна частина наявного кадрового корпусу не готова до роботи в умовах сьогодення і на перспективу, насамперед з огляду на

нездатність 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. Такий стан перешкоджає активній професіоналізації багатьох видів економічної діяльності, професійній самореалізації людей практично в усіх сферах суспільного виробництва. Державна кадрова політика має спиратися на потужну кадрову систему, сучасні кадрові технології;

- наявність розриву, певного професійного вакууму між поколіннями кадрового корпусу державного управління. До управління приходять покоління, яке формується в умовах незалежної держави, демократизації, становлення ринкової економіки, світової інтеграції. Йому властиві здоровий прагматизм, амбітність, нестандартність мислення. Водночас молодому поколінню бракує досвіду, який має старше покоління управлінців. Необхідно забезпечити неперервність професійного розвитку кадрової сфери, оптимальне поєднання досвідчених і молодих працівників, розробити обґрунтовану програму підготовки резерву кадрів в усіх галузях суспільної діяльності;

- недостатнє застосування наукових підходів, результатів наукових досліджень при виробленні та реалізації державної кадрової політики. Сфера наукового знання є дуже динамічною, тому наукове обґрунтування має бути постійним, обов'язковим процесом здійснення державного управління, зокрема у сфері кадрової політики.

До проблем формування кадрової політики належать недостатність чітких уявлень щодо пріоритетів розвитку соціально-економічної сфери держави і затримка низки суспільно-політичних реформ у різних сферах життєдіяльності держави (адміністративна, адміністративно-територіальна, судова, економічна реформи тощо) через відсутність системності в законодавчому забезпеченні цих реформ. Як наслідок виникли проблеми, пов'язані із:

- відсутністю законодавчо визнаного відповідального координатора комплексу реформ, що призвело до появи локальних державних програм з низькою ефективністю реалізації і перевантаженням державного бюджету другорядними завданнями;

- деформаціями в освітній галузі, регулювання якої є складовою національної безпеки і має впливати із загальнодержавних пріоритетів і оцінки ринку праці в країні;

- відсутністю моніторингу потреб у фахівцях з відповідним кваліфікаційним рівнем підготовки у всіх секторах економіки і сферах забезпечення життєдіяльності держави;

- недостатнім правовим та соціальним захистом працюючих як у державному, так і в приватному секторах, від політичних і кон'юнктурних впливів владних інститутів, процесів, породжених світовою економічною кризою, що створює ризик підвищення рівня безробіття;

- недостатньою увагою роботодавців до вчасного поновлення професіоналізму працівників, що спричиняє відсутність конкурентноспроможності товарів і послуг.

За умов глобалізації постає проблема ментальної, професійної, нормативно-правової сумісності кадрової сфери України та інших країн, особливо лідерів світової економіки.

На відміну від України за останні кілька десятиліть багато держав приділяють найсерйознішу увагу стратегічним питанням формування і реалізації державної кадрової політики. Можна виділити універсальні для більшості провідних країн проблеми удосконалення кадрової політики.

По-перше, модернізація системи управління, метою якої стає оцінка результатів адміністративної діяльності. Успіхи різних країн у цьому напрямі різні, але спостерігається загальна тенденція: основна увага приділяється досягнутим результатам, а не витраченим зусиллям, упроваджуються нові технології бухгалтерського обліку та методи оцінки ефективності, властиві приватному сектору.

По-друге, посилення динаміки управління людськими ресурсами: гнучке застосування статусних положень і норм трудового права, диференційований підхід до оплати праці залежно від результату, мотивація працівників на досягнення результату адміністрацією через покладання на них додаткової відповідальності, пошук ефективних методів роботи.

По-третє, спрощення та модернізація адміністративних структур: їх опора на спеціальні агентства, керовані за типом приватних підприємств, широке використання механізмів контрактного управління, внутрішнього і зовнішнього аудиту, поліпшення якості надаваних послуг, приділення першочергової уваги задоволенню потреб відвідувачів-клієнтів, реформа центральних адміністрацій, спрощення адміністративних процедур, розвиток електронних засобів інформації та комунікації.

Стан щодо кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я у світі експерти ВООЗ характеризують на теперішній час як глобальну кризу. Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку та наступних за ними Цілей сталого розвитку.

До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я відносять наступні:

- зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.);
- зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я;
- виражена неоднорідність в географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медичних сестер; дисбаланс фахівців – загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.);
- відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах охорони здоров'я;
- недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров'я (КРОЗ);
- загальні проблеми КРОЗ (дефіцит медичних кадрів, дисбаланс практичних навичок в залежності від інтенсивності навантаження лікарською практикою, нерівномірний розподіл медичних кадрів, незадовільні умови робочого середовища, трудова міграція медичних кадрів) [29].

Виділяються такі проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я:

- складність структури кадрових ресурсів: за оцінками ВООЗ, підготовленими на основі результатів національних переписів, обстежень трудових ресурсів і статистичних джерел, на теперішній час у світі налічується понад 59 мільйонів медико-санітарних працівників, зайнятих повний робочий день. До цих працівників належать ті з них, основна функція яких полягає у зміцненні здоров'я плюс медико-санітарні працівники, зайняті в організаціях, що не входять в систему охорони здоров'я (такі, як медичні сестри, зараховані в

штат тієї чи іншої компанії або шкільної амбулаторії тощо). Складну структуру кадрів сфери охорони здоров'я підтверджує й номенклатурний перелік профілів лише суто медичної та фармацевтичної діяльності сфери охорони здоров'я, (у Європейських країнах – понад 53 одиниці спеціалізації, в Україні лише лікарських спеціальностей – 123). Складна структура кадрів сфери охорони здоров'я ускладнює механізми планування потреб в кадрах. Адже облік даної категорії трудових ресурсів важливий як з точки зору розвитку власне сфери охорони здоров'я, так і з точки зору побудови стратегії розвитку кадрової політики і формування механізмів забезпечення кадрами, в залежності від потреб в тих чи інших фахівцях сфери охорони здоров'я;

- проблеми статистичного обліку медичних кадрів. Існуюча статистична база медичних кадрів не в повній мірі враховує складну кадрову структуру галузі. Відповідно, неповна (або викривлена) статистична інформація, щодо кадрового забезпечення галузі, призводить до неефективного планування підготовки та перепідготовки медичних кадрів. Недоліки статистичної звітності та відсутність загальноприйнятих визначень і аналітичних інструментів ускладнюють завдання проведення моніторингу кадрових ресурсів охорони здоров'я на будь-якому рівні – від глобального і регіонального до національного та місцевого.

- дефіцит кадрів. Дефіцит кадрів охорони здоров'я у світі складає близько 2,3 мільйона лікарів, медичних сестер і акушерок і понад 4 мільйона працівників охорони здоров'я в цілому. У деяких регіонах світу, особливо в країнах Африки на південь від Сахари, для подолання кризи чисельність наявних кадрів охорони здоров'я має бути збільшена майже на 140 %. Для покриття кадрового дефіциту у світі потрібно, як мінімум, 4,25 млн. працівників сфери охорони здоров'я (2,36 млн. медичних працівників і 1,89 млн. адміністративних працівників та спеціалістів немедичного профілю). Згідно статистичних даних, в цілому на 10000 населення земної кулі, припадає 13 лікарів. Причому існують значні коливання по регіонах. Так, в країнах Африки на 10000 населення припадає лише 2 лікаря, тоді як в Європі – 32.

Розбіжності є і в забезпеченості середнім медичним персоналом: на 10000 населення припадає 28 медичних сестер і акушерок, при цьому найменше – в Африці – 11, а в Європі – 79 на 1000 населення.

- співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів. За даними ВООЗ, оптимальне співвідношення становить 4 до 1. Таке внутрішньокадрове співвідношення мають такі країни як Канада, Сполучені Штати Америки, тоді як в деяких регіонах цей показник варіює в межах від 8:1 – в Африці, до 1,5:1 – в регіоні Західної частини Тихого океану, а в таких країнах як Мексика, Перу, Сальвадор і Чилі на одного лікаря припадає менше однієї медичної сестри. Європейський регіон також має відповідні проблеми кадрового забезпечення. За даними ВООЗ, кількість лікарів на 10 тис. населення в середньому в Європі становить 36, в країнах Східної Європи – 33,2. Середній показник для країн СНД – 46. (В Україні показник забезпеченості практикуючими лікарями становить 26,5 на 10 тис. населення). Аналіз по окремих країнах показує виражену нерівномірність (як в географічному розподілі, так і в професійній структурі) між окремими країнами даного регіону. За даними ВООЗ, в регіоні спостерігається великий розрив у забезпеченості медичними кадрами на 1000 населення: співвідношення між країнами з найбільш низькою і найбільш високою чисельністю складають: 1:6 для лікарів, 1:10 для стоматологів, 1:50 для фармацевтів, 1:8 для медичних сестер і 1:12 для акушерок.

- нерівномірність у розподілі медичних кадрів, географічний дисбаланс. Майже усі країни світу потерпають від нерівномірного територіального розподілу медичних працівників, які, як правило, сконцентровані в міських районах і вкрай слабо – в сільських. Така ситуація, як вказують експерти ВООЗ, має значне поширення і являє собою серйозну проблему в галузі забезпечення медико-санітарних послуг на національному рівні. Разом з тим його вплив проявляється найбільш відчутно в країнах з низьким рівнем доходів. Цьому є дві причини: одна полягає в тому, що багато з цих країн вже й так потерпають від гострої нестачі працівників охорони

здоров'я у всіх районах, а інша - у тому, що частка населення, що проживає в сільських районах, як правило, більш значна в найбідніших країнах, ніж у багатих. Нерівномірний розподіл є однією із найбільш актуальних і складних у вирішенні проблем організації кадрового забезпечення, оскільки стосується питань загального охоплення населення медико-санітарною допомогою, професійної підготовки, подальшої кваліфікації, трудової міграції (не лише внутрішньої, але й зовнішньої), міжгалузевих проблем соціально-економічного розвитку сільської місцевості тощо.

- зростання мобільності (незапланована міграція). На сьогодні, за наявними даними, всі країни світу є частиною загального ринку праці, однією із характеристик якого є збільшення внутрішньої і міжнародної професійної мобільності працівників сфери охорони здоров'я. Слід зазначити, що міграція (як внутрішня, так і зовнішня) працівників сфери охорони здоров'я існувала завжди. Проте в останні роки міграційні процеси значно активізувалися, особливо у Європі, адже стимулювання трудової міграції є ключовим моментом політики ЄС, заснованої на принципі вільного пересування людей відповідно до вимог єдиного європейського ринку. При існуючому розриві між доходами в «старих» країнах ЄС і «нових» країнах Східної та Центральної Європи, значно активувався процес найму медичних сестер, лікарів та інших працівників охорони здоров'я «нових» країн ЄС «старими» країнами ЄС. Це, у свою чергу, тягне за собою поживавлення трудової міграції з країн пострадянського простору до «нових» країн ЄС. Адже незадовільні умови праці в цих країнах у поєднанні із значно кращими умовами праці і вищими заробітними платами в більш багатих країнах, сприяють тому, що тисячі медичних працівників виїждять із своєї країни з метою трудової міграції;

- умови праці, відсутність мотивації. Як вже зазначалось, ефективність роботи системи охорони здоров'я в першу чергу залежить від продуктивності праці, рівня підготовки її працівників, раціонального використання кадрів і їхньої мотивації до роботи. Тому міжнародна спільнота, фахівці ВООЗ останнім часом приділяють багато уваги саме проблемам

робочого середовища медичних працівників, вказуючи на те, що заходи щодо створення сприятливого робочого середовища відіграють ключову роль в забезпеченні як достатньої кількості кадрів охорони здоров'я, так і високої якості, продуктивності і мотивації цих кадрів. Це питання стає дедалі актуальнішим у зв'язку з тим, що економічна криза значно погіршила мотиваційні складові. Так, наприклад, Болгарія та Угорщина заморозили заробітну плату в державних лікарнях. Угорщина скасувала виплати щорічної тринадцятої зарплати. Ірландія і Литва також розглядають можливість зниження оплати праці. Тобто, вимоги і навантаження зростають, а заробітні плати, інші мотиваційні чинники знижуються, що викликає обґрунтований протест працівників сфери охорони здоров'я у всьому світі;

- обмежені можливості в регулюванні та управлінні та слабка інформаційна база з кадрів. Однією із визначальних проблем є відсутність або неналежний рівень систем моніторингу складових вищезазначених проблем, що вкрай необхідно для розробки кадрової політики, планування, проведення програм та звітності. Основними проблемними моментами при цьому є наступне: у різних країнах використовуються різні системи класифікації медичного персоналу, його обов'язків, що майже не дає можливості проводити порівняльний аналіз між країнами; відсутні узгоджені стандарти для збору даних, а достовірність та надійність даних досить нерівномірна; відсутні система збору своєчасної, достовірної, актуальної статистичної інформації по віковій структурі трудових ресурсів СОЗ, участі в ринку праці, тривалості робочого дня, продуктивності роботи, оплати праці, інституційного та географічного розподілу, а також розподілу за типом і рівнем послуг як в державному, так і в приватному секторі; брак доступної інформації щодо якості освіти і підготовки медичних кадрів, їхньої готовності до практичної діяльності тощо [29].

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ВИРІШЕННЯ ВИЯВЛЕНИХ ПРОБЛЕМ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Державна кадрова політика: аналіз кадрового забезпечення

Проблеми кадрового забезпечення медичної системи обговорювалися на офіційних світових майданчиках задовго до пандемії COVID-19. Так, Комісією ООН із зайнятості у сфері охорони здоров'я та економічного зростання визначено, «що до 2030 р. в країнах з низьким і нижче середнього рівнем доходів прогнозована глобальна нестача медичних працівників сягне 18 млн». Водночас інвестування у кадровий потенціал сфери охорони здоров'я є запорукою зміцнення та зростання продуктивності медичної галузі в умовах сучасних викликів і проблем на міжнародному рівні.

Тривалий час у медичній системі нашої держави, як і в інших країнах світу, спостерігається негативна динаміка щодо кадрового забезпечення, що проявляється у зниженні забезпеченості лікарським та молодшим медичним персоналом з відповідною медичною освітою та рівня укомплектованості посад лікарів і медичних сестер. Протягом останніх років в Україні відбувається масштабне реформування системи охорони здоров'я. Однією з ключових вимог медичної реформи є забезпеченість медичних закладів необхідним медичним персоналом для того, щоб відповідний лікувально-профілактичний заклад зміг укласти договір із Національною службою здоров'я України й отримав достатній рівень фінансування.

З квітня 2020 р. на нову систему фінансування перейшли заклади охорони здоров'я так званого другого рівня, які надають спеціалізовану медичну допомогу. Після укладання договору із НСЗУ такі медичні заклади почали отримувати фінансові відшкодування за надані медичні послуги за програмою медичних гарантій. Перед початком другого етапу медичної реформи у суспільстві спостерігалися побоювання, що окремі медичні заклади закриють, а лікарі виїжджатимуть у пошуках роботи за кордон.

Як і в будь-якому іншому сегменті ринку праці, у медичній галузі також спостерігаються процеси руху кадрів: одні працівники звільняються з роботи, натомість працевлаштовуються інші. Проте загалом можна зробити висновок, що професія лікаря є затребуваною і дає змогу працевлаштуватися як в державному, так і приватному секторі охорони здоров'я. Так, як зазначено в, переважна більшість лікарського (83,5%) і молодшого медичного персоналу (89%) зайняті в державних та комунальних закладах охорони здоров'я МОЗ України. У медичних закладах приватної форми власності працює близько 11% лікарів та 5,7% медичних сестер. Ще близько 5% від загальної кількості лікарів та медичних сестер зайнято у відомчих медичних закладах. Слід також зазначити, що за 2010-2019 рр. питома вага кадрів приватного медичного сектора зросла майже вдвічі.

Електронна система охорони здоров'я містить також відомості про розподіл чисельності лікарів за спеціальностями та регіонами країни. Зокрема, у переліку лікарів спеціалізованої медичної допомоги у 2021 р. на першій позиції перебували акушери-гінекологи, яких в країні налічується 9112 осіб. За показником кількості фахівців на 100 тис населення, лідирують Івано-Франківська (37 акушерів-гінекологів на 100 тис. осіб) та Київська (36 акушерів-гінекологів на 100 тис. населення) області. Найменше цих фахівців є у Луганській і Донецькій областях – 6 і 8 осіб на 100 тис населення [51]. На третьому місці знаходилися хірурги, яких зареєстровано 6 106 осіб. Лідерами за кількістю хірургів на 100 тис. населення є Тернопільська і Чернівецька області (по 24 спеціалісти), а найменш забезпеченими фахівцями хірургічного профілю залишалися Луганська і Донецька області (відповідно, 5 і 7 спеціалістів на 100 тис населення). Лікарями первинної ланки медичної допомоги найбільш забезпечена Волинська область, де працює 69 фахівців у розрахунку на 100 тис населення, а найменше медиків є у Чернігівській області – 46 фахівців на 100 тис населення [51].

В таблиці 1 приведена узагальнена інформація про забезпеченість населення нашої країни лікарями і, зокрема, лікарями-лікувальниками.

Таблиця 3.1

Динаміка забезпеченості населення України лікарями у 1995–2020 рр.

Забезпеченість лікарями (фізичними особами) на 10 тис. населення	Роки									
	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Лікарями (всього)	40,4	40,8	41,6	43,2	38,0	37,9	37,8	37,4	37,0	35,6
Лікарями-лікувальниками	26,7	26,9	26,6	27,0	25,0	24,9	24,9	24,7	24,7	24,2

На жаль, можна констатувати невтішну динаміку: на фоні загального скорочення населення України зменшується кількість медиків і, відповідно, знижується рівень забезпечення громадян лікарями. Так, якщо у 2010 р. кількість лікарів на 10 тис. населення становила 43,2 особи, то у 2020 р. ця кількість знизилася до 35,6 осіб (на 17,6%). Схожа ситуація спостерігається й щодо забезпечення населення лікарями-лікувальниками, чисельність яких впала на 10,4%: з 27 осіб на 10 тис. населення у 2010 р. до 24,2 осіб у 2020 р.

Щодо структури лікарських кадрів, то найбільшою є кількість лікарів терапевтичної групи – 18,7%, хірургічної групи – 16,3%, сімейних лікарів – 10%, стоматологів – 8,6%, педіатрів – 6,4%. Аналіз забезпечення України лікарями у розрізі адміністративно-територіальних одиниць, показує наступне (табл. 2).

Таблиця 3.2

Забезпеченість медичними працівниками різних регіонів України

Забезпеченість практикуючими лікарями	Області	Забезпеченість молодшим медичним персоналом	Області
Забезпеченість вища, ніж середня по країні	Івано-Франківська, м. Київ, Львівська, Тернопільська	Забезпеченість вища, ніж середня по країні	Рівненська, Івано-Франківська, Чернігівська, Тернопільська
Забезпеченість на рівні середньому по країні (24,7 на 10 тис. осіб)	Чернівецька, Запорізька, Хмельницька, Полтавська, Рівненська, Вінницька, Волинська, Сумська, Харківська, Чернігівська, Черкаська, Житомирська, Дніпропетровська, Закарпатська, Київська, Одеська, Кіровоградська, Миколаївська	Забезпеченість на рівні середньому по країні (70,9 на 10 тис. осіб)	Сумська, Волинська, Житомирська, Хмельницька, Кіровоградська, Львівська, Черкаська, Чернівецька, Вінницька, Полтавська, Запорізька, Херсонська, Закарпатська, Луганська, Київська, Дніпропетровська, Донецька
Забезпеченість нижча, ніж середня по країні	Херсонська, Донецька, Луганська	Забезпеченість нижча, ніж середня по країні	м. Київ, Харківська, Одеська, Миколаївська

Існуючі регіональні диспропорції щодо кадрового забезпечення окремих регіонів нашої країни обумовлені такими чинниками:

- різним рівнем соціально-економічного розвитку регіонів країни. Для регіонів з високим рівнем промислового розвитку і потужною інфраструктурою характерною є розгалужена мережа закладів охорони здоров'я, й відповідно високий рівень забезпечення населення медичним персоналом. Наприклад, рівень забезпечення населення лікарями в м. Київ становить 58,8 фахівців на 10 тис. населення, а в Київській області – лише 38,03 лікарів;

- різним рівнем розвитку медичної освіти в регіонах. Якщо у певному регіоні сформована розгалужена мережа медичних навчальних закладів та науково-дослідних установ, є висока ймовірність того, що випускники медичних вишів забезпечуватимуться роботою в цьому ж регіоні. Статистика свідчить, що у регіонах, де є багато медичних вишів, рівень забезпеченості населення лікарями вищий: в м. Київ – 58,8 фахівців, в Харківській області – 48,6, у Львівській – 52,3, в Одеській – 42,8, Чернівецькій – 59,8 особи на 10 тис. населення;

- різним рекреаційно-курортним потенціалом окремих регіонів країни. У регіонах, які мають високий рекреаційно-курортний потенціал, як правило, розбудована широка мережа санітарно-курортних закладів, що очевидно, підвищує забезпеченість населення лікарями. Наприклад, у Одеській області рівень забезпечення складає 42,8 фахівців на 10 тис. населення, в Івано-Франківській області – 57,6 лікарів, у Львівській – 52,3, а в середньому по Україні цей показник складає 43,14 осіб на 10 тис. населення.

З першого погляду видається, що середній рівень забезпеченості населення лікарями, який у 2020 р. склав 35,6 осіб на 10 тис. населення, є високим, адже перевищує аналогічний показник для європейських країн – 33 фахівці на 10 тис. населення. Проте варто зазначити, що в Європі мова йде виключно про лікарів-практиків, які безпосередньо надають медичні послуги, тоді як в Україні даний показник включає також методистів і організаторів, які

працюють у сфері охорони здоров'я, санітарних лікарів, науковців. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я на сьогоднішній день за рівнем забезпеченості лікарями та медичними сестрами й акушерками Україна знаходиться на 38-му місці в Європейському регіоні. Цікаво, що за рівнем забезпеченості практикуючими лікарями Україна знаходиться на одному рівні з такими розвиненими країнами як Південна Корея, Японія, Польща й Великобританія. Разом з тим вдвічі поступається за цим показником Словаччині, Угорщині, Норвегії та Італії.

Аналіз загальносвітових тенденцій показує, що загалом у світі на кожні 10 тис. населення припадає 16 лікарів і 38 медичних сестер. Очевидно, що для країн Європейського та Північно-Американського простору показник забезпеченості кваліфікованими медичними працівниками є майже втричі вищим, тоді як у країнах Африки – навпаки втричі нижчим і складає в середньому 10 медичних працівників на 10 тис. населення. Цікаво, що у світі даний показник коливається від 1,1 у Сомалі до 266 в Монако. Доволі високим показником забезпеченості медичними кадрами – понад 200 на 10 тис. осіб – можуть похвалитися такі розвинуті країни як Італія, Швейцарія, Німеччина, Франція, Норвегія, Данія та Ісландія. Щодо абсолютної кількості лікарів, то тут лідерами традиційно є країни з найбільшою чисельністю населення – Китай, США та Індія.

Що стосується статевої структури медичного персоналу, то загалом у світі близько 76% всіх медичних працівників є жінками, при цьому серед лікарів їх частка ледь перевищує 40%, а серед медичних сестер сягає 90%. Для порівняння в Україні, як свідчать дані Проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз», понад 66% лікарів та 90% середнього медичного персоналу становлять жінки.

Як свідчать статистичні дані, в 2019 р. укомплектованість штатних посад фізичними особами у медичній галузі становить 94,5%, тобто дефіцит кадрів складає 5,5%. А з огляду на те, що 16% медичного персоналу складають особи

пенсійного віку, можна спрогнозувати, що ближчим часом в окремих регіонах країни може загостритися проблема нестачі медичних працівників, а особливо лікарів сімейної медицини, які працюють у сільській місцевості.

Недостатня увага з боку державних органів влади до проблем забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я людськими ресурсами, призвела до виникнення цілого ряду негативних тенденцій і процесів, а саме:

- скорочення чисельності лікарів та молодших медичних працівників з медичною освітою, особливо у сільській місцевості;
- нівелювання статусу та престижності професії лікаря;
- значного скорочення обсягів професійної підготовки медичних кадрів вищими навчальними закладами та закладами післядипломної освіти;
- суттєвого зниження рівня доступності медичної освіти, в тому числі й післядипломної, для українських громадян через її високу вартість;
- існування значних дисбалансів щодо забезпечення медичними кадрами у міській та сільській місцевості, на первинній, вторинній і третинній ланках надання медичної допомоги;
- посилення неконтрольованих міграційних процесів серед працівників медичних професій з України до інших країн.

3.2. Державна кадрова політика: системний підхід до вирішення сучасних проблем

Метою державної кадрової політики є збереження і зміцнення здоров'я нації задля всезагального блага, відтворення та примноження її людського потенціалу через задоволення об'єктивних потреб громадян у якісних послугах з охорони здоров'я та шляхом комплексної розбудови управлінських, правових, фінансово-економічних, інфраструктурних, інформаційних, комунікаційних та інших складових національної системи охорони здоров'я.

Вищою метою Національної системи охорони здоров'я є забезпечення високої якості життя українця та середньої тривалості життя «80+».

Для досягнення цієї мети є потреба у вдосконаленні кадрової політики, а саме у здійсненні заходів щодо:

- прогнозування потреби системи охорони здоров'я у кваліфікованому персоналі та довгостроковому плануванні підготовки фахівців відповідної спеціальності з урахуванням змін у системі охорони здоров'я, зокрема медичному та фармацевтичному обслуговуванні;
- якісної підготовки кадрів у достатній кількості та їх просторового розміщення згідно з потребами населення у відповідних послугах;
- мінімізація трудової еміграції кваліфікованих медичних кадрів шляхом застосування оплати праці за референтними тарифами та впровадження програм місцевих стимулів щодо закріплення кадрів;
- визначення провідної ролі та відповідальності професійних медичних і фармацевтичних самоврядних організацій у формуванні державного замовлення медичних і фармацевтичних кадрів;
- досягнення і підтримання максимального рівня компетентності медичних і фармацевтичних кадрів у процесі трудової діяльності через запровадження системи безперервного професійного навчання.

Що ж таке людський капітал, цінність якого визнається у всьому світі? У широкому визначенні – це інтенсивний продуктивний фактор розвитку економіки, суспільства і сім'ї, що включає освічену частину трудових ресурсів, знання, інструментарій інтелектуальної та управлінської праці, середовище проживання і трудової діяльності, що забезпечують ефективне і раціональне функціонування людського капіталу як продуктивного чинника розвитку.

Саме поняття «людський капітал» означає усвідомлення провідної ролі людини в соціально-економічній системі суспільства. Тобто людина – це найголовніший фактор розвитку суспільства.

Здатність країни виконувати свої цілі в галузі охорони здоров'я значною мірою залежить від знань, умінь, навичок, мотивації, стимуляції та розподілу людей, відповідальних за організацію і надання медичних послуг. Від рівня компетентності кадрів, їх організованої роботи, задоволеності своєю працею,

оплати праці, соціального добробуту й атмосфери на робочому місці напряду залежить здоров'я пацієнтів.

Зокрема у посланні ВООЗ до Комісії високого рівня з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я й економічного зростання ООН (2016), зазначено, що країни занадто довго розглядали працівників охорони здоров'я як чергову статтю витрат, а не як мету інвестицій, які можуть мати потрійну віддачу щодо підвищення рівня здоров'я населення, економічного зростання та глобальної безпеки у сфері охорони здоров'я. І до таких країн, на жаль, належить і Україна.

Міжнародний досвід свідчить про те, що серед організаційних змін, метою яких є підвищення ефективності системи охорони здоров'я, найбільшого успіху досягають дії, які проводяться в царині управління людським капіталом (трудовими ресурсами). Інвестиції в людський капітал – це джерело економічного зростання, не менш важливе, ніж капіталовкладення в матеріально-речові фактори виробництва та землю.

Отже, медичні кадри є однією з найважливіших складових ресурсів системи охорони здоров'я будь-якої країни, які забезпечують ефективність діяльності медичної сфери в цілому. І це робить трудовий потенціал пріоритетом у функціонуванні охорони здоров'я як системи, в якій кадрова політика будується з урахуванням національних потреб, оптимальних методів управління персоналом та позитивного світового досвіду.

Мета кадрової політики – підготувати потрібних працівників потрібної кваліфікації, поставити їх у потрібне місце і дати потрібне завдання. І при цьому необхідно зберегти гнучкість з метою реагування на кризові ситуації, вирішувати існуючі проблеми та прогнозувати майбутні події.

Тож необхідно спільними зусиллями зростити працівника, який:

- має здібності до професії, а також мотивацію до цієї роботи;
- успішно вирішує завдання згідно зі своїми службовими обов'язками;
- задоволений працею та соціальним статусом;

- досягає бажаних для суспільства результатів шляхом якісного виконання своїх функціональних обов'язків;
- використовує сучасні технології;
- засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії) та використовує їх у щоденній професійній діяльності;
- виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність;
- досягає необхідного рівня особистісних якостей, професійних знань і вмінь;
- відкритий до фахового навчання, здобуття досвіду та здатний адаптуватися до змін;
- відданий професії;
- соціально активний;
- готовий до якісної та кількісної оцінки власної праці.

При розробці політики у сфері охорони здоров'я планування кадрових ресурсів залишається неперіоритетним чинником такої політики. Те, що відбувається, зосереджено здебільшого або на витратах і кінцевих результатах, або на кадрових потребах конкретних програм в галузі охорони здоров'я, тобто, наявна недосконала система планування кадрового складу охорони здоров'я.

Поглиблений аналіз свідчить про низку проблем у кадровому забезпеченні галузі, зокрема відзначають:

- скорочення чисельності медичних працівників;
- неукомплектованість посад лікарів та середнього медичного персоналу;
- постаріння кадрового потенціалу та регіональну диспропорцію кадрового забезпечення;
- неналежним чином відбувається підвищення рівня кваліфікації медичних працівників, відбір на навчання та процедура працевлаштування молодих спеціалістів не відповідають вимогам суспільства.

Таким чином, величезні гроші вкладаються у формальну підготовку як медиків, так і організаторів охорони здоров'я. Велика кількість слухачів

навчальних закладів зараз хочуть навчатися, але вони не готові до того, що їх чекає – до управління змінами.

Таким чином, на сьогодні в системі охорони здоров'я України не визначено обґрунтованої потреби в медичних кадрах.

Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) в лікувальних закладах МОЗ України становить 78,6% (в обласних лікарнях – 84%, міських – 79%, сільських лікарських амбулаторіях – 69%).

На кінець 2016 р. в Україні залишалися вакантними майже 22 тис. лікарських посад. Частка осіб пенсійного віку серед лікарів становить 24%. Укомплектованість штатних посад фізичними особами молодших спеціалістів з медичною освітою – майже 95% (у лікувальних закладах – майже 87%).

В Україні не вистачає майже 100 тис. медичних сестер. Майже у 500 амбулаторіях країни жодна лікарська посада на кінець 2016 р. не була укомплектована основним працівником. У понад 700 фельдшерсько-акушерських пунктах немає жодного молодшого спеціаліста з медичною освітою.

Найближчим часом ці вакансії заповнити неможливо, і це потрібно чітко усвідомлювати. І підходи до того, як пройти перехідний період, повинні бути дещо іншими, ніж ті, що нам пропонуються сьогодні.

Ще більшої гостроти питання кадрового забезпечення набувають у процесі впровадження змін системи охорони здоров'я та країни в цілому. З кожним роком вони поглиблюються і вже набули ознак кризових явищ:

- діяльність державних органів влади та органів місцевого самоврядування далека від координації зусиль;
- засобів, що виділяються з державного бюджету на розвиток охорони здоров'я, явно недостатньо;
- професійна діяльність органів медичного самоврядування не набула інституційного закріплення;
- працівники охорони здоров'я здебільшого не готові до змін;

- у зв'язку з нівелюванням значущості та престижності професії медика, низьким соціальним статусом відбувається падіння мотивації до якісної роботи;
- поглиблення деструктивних явищ посилюється тим, що очікування суспільства від результату реформ галузі далекі від реалій, і досить часто критика спрямовується безпосередньо на медиків-практиків;
- на додаток до всього в медичній галузі підтримується високий рівень тіньових відносин.

Усе зазначене є ознакою відсутності концептуального планування кадрової політики в охороні здоров'я, що, у свою чергу, унеможливорює ефективність запровадження успішних змін медичної галузі у зв'язку з розпорошенням та неадекватним використанням фінансових ресурсів, відходом від соціально орієнтованих принципів політики у сфері охорони здоров'я.

Тобто мають бути чітко визначені цінності, цілі. Спочатку необхідно визначити принципи і дотримуватися цих принципів і цінностей, які можуть об'єднати експертів навколо вирішення проблеми. Адже сьогодні чинна влада формує з експертного середовища образ ворогів, які хочуть нашкодити ситуації, зробити її ще гіршою.

Для досягнення мети кадрової політики необхідне використання такого підходу як складової процесу постійного вдосконалення, що забезпечує якісне функціонування всієї системи трудових ресурсів та ефективну діяльність закладів охорони здоров'я сьогодні та на перспективу.

Такі підходи дозволять визначити принципи і цінності політики трудових ресурсів, чітко окреслити цілі, які стоять перед кадровим забезпеченням галузі, створити професійну модель сучасного фахівця та його професійний образ.

Адже ті реформи, які проводяться, є лише спорідненими діями, не пов'язаними одна з одною. Немає чіткого планування. І багато з того, що пропонують очільники галузі та їхні консультанти і радники, є некомпетентними підходами. Вони хочуть зруйнувати все і сподіваються на тому зруйнованому швидко побудувати щось нове, ідеальне. Але в українській

дійсності зробити це неможливо, щоб досягти якихось змін – потрібно 3–5 років.

Отже, керівники усіх рівнів мають бути зорієнтовані на:

- реальне управління людьми шляхом оптимізації їх трудової діяльності;
- готовність працювати на результат.

Впровадження інноваційних методичних прийомів і відповідної матеріальної бази (за допомогою насамперед держави і впровадження державно-приватного партнерства, а не перекладаючи всю відповідальність на органи місцевого самоврядування) для забезпечення професійного, духовного, інтелектуального, фізичного й соціального розвитку працівників, створення здорового творчого середовища в колективах.

Серед комплексу передбачених заходів (юридичних, психологічних, фінансово-економічних) роботи з персоналом слід виділити такі:

- визначення потреби в кадрах, їх добір;
- зміцнення здоров'я працівників;
- формування системи розвитку трудових ресурсів задля підвищення кваліфікації та професійної компетентності;
- покращення системи мотивації та стимуляції персоналу;
- оптимізація умов праці, соціально-трудова (міжособистісних) взаємин та відпочинку;
- задіяння програми оцінки спеціалістів на відповідність посаді, яку вони обіймають або будуть обіймати;
- впровадження сучасної системи оцінки діяльності та оплати праці на основі використання ціннісно-цільового та компетентнісного підходів.

Загалом стратегічне планування та розроблення політики у сфері трудових ресурсів охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких складових:

- управління людським капіталом охорони здоров'я, що охоплює не лише керування людьми, а й управління процесами на різних рівнях системи,

що здійснюється самими людськими ресурсами за допомогою ціннісно-цільового та компетентнісного методів управління;

- визначення пріоритетних потреб і дій на основі існуючого стану кадрових ресурсів охорони здоров'я з демонстрацією послідовності здійснення політики, розробленням і реалізацією пріоритетних дій щодо кадрових ресурсів охорони здоров'я;

- впровадження професійного медичного самоврядування з поступовим передаванням регуляторних та управлінських функцій до самоврядної інституції.

Розвиток трудового капіталу охорони здоров'я має здійснюватися на основі розроблення і прийняття Концепції кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, стратегічних планів із визначеними коротко- та довгостроковими цілями моніторингу. І цей процес має бути адаптований до головних змін у секторі охорони здоров'я та узгодженим із більш широкими стратегіями соціально-економічного розвитку.

Здійснення заходів щодо лідерства, управління і раціонального використання трудового потенціалу дозволить забезпечити:

- відносне скорочення загальної величини витрат на утримання цього блоку нематеріального виробництва;
- поліпшення якості наданих лікувально-оздоровчих послуг;
- підвищення економічної ефективності праці працівників медичної галузі в ринковій економіці.

Якщо цього не буде зроблено, то будь-які спроби реформування медичної галузі не матимуть успіху, особливо в умовах децентралізації – одного із важливих чинників результативних змін.

Адже плюси децентралізації та розширення можливостей прийняття рішень на регіональному рівні, що надають управлінцям нижчої ланки простір для ефективного здійснення діяльності з управління людськими ресурсами та їх розвитку, не означають повної відмови структур центрального рівня від участі в

управлінні, адже це може призвести до збільшення фрагментації системи і перешкоджати застосуванню ефективних методик управління та планування.

Тому рівень підготовки управлінських кадрів найбільшою мірою визначатиме ефективність діяльності працівників охорони здоров'я.

Таким чином, підтримка на високому рівні, яка може зв'язувати подібну підготовку зі стратегіями в галузі управління та розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я, особливо в умовах децентралізації повноважень щодо прийняття рішень, є важливою для забезпечення системи відповідним чином підготовленими керівниками.

ВИСНОВКИ

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.

Відповідно до поставлених завдань у роботі освітлюються наступні питання:

1. Державна кадрова політика (де її суб'єктом виступає держава) визначає місце і роль кадрів у суспільстві, мету, завдання, найважливіші напрями і принципи роботи державних структур з кадрами, головні критерії їх оцінки, шляхи вдосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації, раціональне використання кадрового потенціалу країни. Окремі гілки влади, міністерства, відомства, місцеві державні адміністрації розробляють свої кадрові програми і плани, але в межах стратегії і тактики, реалізуючи державну кадрову політику. Саме за таких умов вона може стати ефективним важелем державного впливу на економіку і політичне життя. У нових умовах суттєво змінюється зміст державної кадрової політики. З одного боку, він звужується з погляду змісту, а з другого, розширюється в плані збільшення об'єктів впливу – збагачення і розвитку ролі місцевих державних органів у роботі з кадрами.

Термін «кадрова політика» в управлінській практиці досить значущий. Головне – різниця в підходах до його використання: одні дослідники та практики розуміють під кадровою політикою визначення стратегії роботи з кадрами кожного суб'єкта управлінської діяльності, свого роду програму діяльності. Інші вважають, що кадрова політика тотожна кадровій діяльності, тобто тлумачать її досить широко, включаючи в неї кадрову роботу. Справді, між ними немає чіткої межі, але вони не тотожні за змістом і технологією

реалізації, тому що віддзеркалюють різні етапи та сторони кадрового процесу. Кадрова робота – це діяльність багатьох суб'єктів з реалізації кадрової політики; це сукупність технологій, способів, механізмів її реалізації; це організація роботи з кадрами. Кадрова політика як соціальне явище, маючи багаторівневу структуру, значно ширше за змістом, ніж державна кадрова політика, де суб'єктом виступає держава, яка не може брати на себе вирішення всіх кадрових проблем.

Під державною кадровою політикою слід розуміти державну стратегію, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, що віддзеркалює волю народу, державну стратегію формування, розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів держави. У змістовному плані державна кадрова політика – це система офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів діяльності держави з організації та регулювання кадрових процесів і відносин. Ці принципи, у свою чергу, визначають і головні критерії оцінки кадрів, шляхи вдосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу, раціонального використання кадрового потенціалу країни. Кадрова політика – це, в першу чергу, наука. Як наука вона покликана в ідеях, принципах, критеріях віддзеркалювати закономірності розвитку реальних кадрових процесів, сталі, постійні зв'язки та відносини, що дають їм певну якісну характеристику, визначають основні риси та принципи кадрової роботи. У той же час державна кадрова політика є суб'єктивною за формами, механізмами, технологіями проявів і реалізації, що в багатьох випадках визначається суб'єктивними діями окремих осіб – лідерів, керівників державних структур – залежить від способу їхнього мислення. Державна кадрова політика призначена прогнозувати та програмувати майбутнє, визначати стратегічне бачення формування, професійного розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів України, визначити цілі і пріоритети кадрової діяльності

2. Формування, розвиток та ефективність реалізації державної кадрової політики безпосередньо пов'язані з наявністю досконалої, адекватної

відповідному історичному етапу розвитку держави законодавчо-нормативної бази. Вона, по суті, є науковою засадою зазначених процесів, ураховуючи, що законодавча діяльність здійснюється на основі фундаментальних наукових напрацювань учених у галузі держави і права, адміністративного та трудового права, міжнародного досвіду тощо.

Правовою основою для формування державної кадрової політики в Україні є: Загальна декларація прав людини, Конституція України, Кодекс законів про працю України, Цивільний кодекс України, Кодекс України про адміністративні правопорушення, інші законодавчі та підзаконні нормативні акти.

Межі втручання в кадрові процеси визначають Конституція України, закони України. Об'єктом впливу держави є всі кадри суспільства, всі людські ресурси. Об'єктом безпосереднього державного управління є особовий склад державної служби, кадри органів державної влади. Механізми управління державними службовцями суттєво відрізняються від системи державного впливу (в тому числі опосередкованого) на кадри виробничих, підприємницьких, фінансово-банківських структур тощо, де вплив держави на кадри зводиться переважно до використання методів рекомендацій, стимулювання, фінансово-економічної та моральної підтримки.

Протягом останніх років розроблено низку документів, які стосуються певних аспектів державної кадрової політики, більшість із яких має практичне спрямування. Серед основних з них потрібно виділити Наказ МОЗ України від 07.10.2022 № 1832 «Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023-2025 роки» як найбільш актуальний документ, а також такі законодавчо-правові акти, як закони України «Про державну службу» та «Службу в органах місцевого самоврядування», «Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року» (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН 70/1).

3. Державна політика відіграє надзвичайно важливу роль у суспільному житті. Саме вона покликана своєчасно виявляти назрілі проблеми

розвитку суспільства, аналізувати їх, встановлювати причини виникнення, складнощі, суперечності та знаходити шляхи розв'язання цих проблем. У сфері державної політики приймаються державно-політичні рішення, розробляється відповідний інструментарій, створюється механізм їх реалізації. Подальше вдосконалення системи медичного забезпечення населення України в нових соціально-економічних умовах нерозривно пов'язане з необхідністю підвищення дієвості державної політики у галузі охорони здоров'я.

Стратегічною метою державної політики у сфері охорони здоров'я є підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу.

Діяльність МОЗ України спрямована на розробку та реалізацію стратегічних цілей та пріоритетів держави, передусім таких, як:

- оптимізація медичного обслуговування, головною метою якої є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості;
- підвищення якості та доступності медичної допомоги дітям і матерям із впровадженням новітніх технологій;
- створення сприятливого регуляторного середовища для підприємництва та безпеки здоров'я громадян;
- удосконалення кадрової політики та інноваційний розвиток медичної науки;
- зниження рівня захворюваності та смертності населення від усіх хвороб, забезпечення профілактичного спрямування охорони здоров'я та пропагування здорового способу життя.

4. У світовій практиці існують різні за структурою і тривалістю схеми підготовки фахівців для сфери охорони здоров'я, які можна умовно поділити на два основні підходи:

- європейський зі вступом на медичний факультет університету чи до медичного вишу після школи;

- американський з двоступеневою вищою освітою (базовий коледж і професійна медична школа).

Порівняльний аналіз існуючих національних схем підготовки медичних кадрів показує, що повний курс навчання майбутніх лікарів у більшості країн світу триває 6 років. Після закінчення навчання випускникам видається диплом і присвоюється лікарське звання, встановлене у цій країні (лікар, бакалавр медицини, ліценціат медицини, кандидат медицини тощо). Право займатися самостійною лікарською практикою у більшості країн надається тільки після обов'язкового навчання в інтернатурі.

Характерною рисою післядипломної медичної освіти є те, що інтернатура все більше використовується не для первинної спеціалізації у галузі певної медичної спеціальності, а для широкопрофільного клінічного стажування випускників медичних шкіл в університетських клініках і навчальних лікарських центрах з метою підготовки їх до майбутньої самостійної лікарської діяльності.

Незважаючи на наявні в окремих країнах істотні відмінності в організації, термінах і програмах інтернатури, лікарі за час навчання послідовно проходять стажування переважно за трьома основними клінічними профілями (внутрішня медицина, загальна хірургія, акушерство та гінекологія), а також з первинної медичної допомоги.

Термін набуття кваліфікації лікаря-фахівця з певної медичної спеціальності, обчислюється нині за кордоном багатьма роками (причому у світі спостерігається тенденція до його збільшення). Спеціалізація, незалежно від її організаційних форм у тій чи іншій країні, триває мінімум 5-7 років. Загальна ж тривалість навчання лікаря-фахівця під часу вступу до медичної школи і до отримання ліцензії на право самостійної роботи з набутої спеціальності складає у більшості країн 12-15 років.

Важливим аспектом управління кадровими ресурсами у сфері охорони здоров'я більшості країн світу є фахове самоврядування. Ще у 1987 році 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.

5. Нинішній стан соціально-економічних і політичних інституцій України потребує певного удосконалення, оскільки наявні державні механізми в межах існуючої політичної системи держави не здатні усунути соціальні дисбаланси.

На даному етапі функціонування суспільства одним із найважливіших факторів його розвитку була і залишається кадрова політика, яка визначає основний зміст і характер усіх видів соціального управління в Україні.

Тривалі об'єктивні та суб'єктивні труднощі призвели до серйозних кадрових проблем у роботі з керівниками державних підприємств, установ, організацій. Продовжується відтік висококваліфікованих, досвідчених кадрів.

Пріоритетом кадрової політики у сфері охорони здоров'я є:

- удосконалення системи аналізу, прогнозування соціальних процесів і трудових ресурсів;
- кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я відповідно до наявної потреби з урахуванням результатів медико- соціального та демографічного прогнозування;
- вирішення проблем розвитку медичного підприємництва, приватно-державного партнерства, забезпечення зайнятості та подолання безробіття;
- забезпечення соціальних гарантій праці, заробітної плати, прибутків.

Головна мета сучасної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення високого професіоналізму всіх ділянок трудової діяльності кваліфікованими, активно діючими, добросовісними медичними

працівниками, здатними забезпечити якісними послугами з профілактики, діагностики та лікування населення України.

Сучасна кадрова політика підприємства (фірми, корпорації) має бути спрямована на ринкові умови господарювання.

Важливою проблемою, пов'язаною з незадовільними соціальними гарантіями медикам, загрожує стати їх еміграція до інших країн. За даними профспілки медпрацівників України, щорічно країну покидають понад 50 тисяч лікарів.

Становлення та розвиток соціальної держави України забезпечується наступними пріоритетами: гарантуванням конституційних прав і свобод людини і громадянина; розвитком громадянського суспільства, його демократичних інститутів; зміцненням політичної і соціальної стабільності в суспільстві; створенням конкурентоспроможної, соціально орієнтованої ринкової економіки та забезпеченням постійно зростаючого рівня життя й добробуту населення; розвитком духовності, моральних засад, інтелектуального потенціалу Українського народу, зміцненням фізичного здоров'я нації, створенням умов для розширеного відтворення населення.

На кожному етапі свого розвитку соціальна держава визначає пріоритети щодо реалізації установлених принципів, виходячи із ступеня гостроти найважливіших соціально-економічних та політичних проблем; проблемного бачення значних протиріч історичної ситуації, що склалася, вирішення яких буде сприяти переходу суспільства на якісно новий рівень соціально-економічного розвитку, що базується на демократичних принципах та правових нормах.

На сучасному етапі становлення соціальної держави України стратегічними пріоритетами по сферах діяльності виступають: політика доходів населення; зайнятості населення; соціальної безпеки та соціального захисту населення; охорони здоров'я населення; демографічного розвитку; соціокультурного середовища; систем життєзабезпечення населення.

6. Проблеми кадрового забезпечення медичної системи обговорювалися на офіційних світових майданчиках задовго до пандемії COVID-19. Так, Комісією ООН із зайнятості у сфері охорони здоров'я та економічного зростання визначено, «що до 2030 р. в країнах з низьким і нижче середнього рівнем доходів прогнозована глобальна нестача медичних працівників сягне 18 млн». Водночас інвестування у кадровий потенціал сфери охорони здоров'я є запорукою зміцнення та зростання продуктивності медичної галузі в умовах сучасних викликів і проблем на міжнародному рівні.

Тривалий час у медичній системі нашої держави, як і в інших країнах світу, спостерігається негативна динаміка щодо кадрового забезпечення, що проявляється у зниженні забезпеченості лікарським та молодшим медичним персоналом з відповідною медичною освітою та рівня укомплектованості посад лікарів і медичних сестер. Протягом останніх років в Україні відбувається масштабне реформування системи охорони здоров'я. Однією з ключових вимог медичної реформи є забезпеченість медичних закладів необхідним медичним персоналом для того, щоб відповідний лікувально-профілактичний заклад зміг укласти договір із Національною службою здоров'я України й отримав достатній рівень фінансування.

З квітня 2020 р. на нову систему фінансування перейшли заклади охорони здоров'я так званого другого рівня, які надають спеціалізовану медичну допомогу. Після укладання договору із НСЗУ такі медичні заклади почали отримувати фінансові відшкодування за надані медичні послуги за програмою медичних гарантій. Перед початком другого етапу медичної реформи у суспільстві спостерігалися побоювання, що окремі медичні заклади закриють, а лікарі виїжджатимуть у пошуках роботи за кордон.

На жаль, можна констатувати невтішну динаміку: на фоні загального скорочення населення України зменшується кількість медиків і, відповідно, знижується рівень забезпечення громадян лікарями.

Недостатня увага з боку державних органів влади до проблем забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я людськими ресурсами, призвела до виникнення цілого ряду негативних тенденцій і процесів, а саме:

- скорочення чисельності лікарів та молодших медичних працівників з медичною освітою, особливо у сільській місцевості;
- нівелювання статусу та престижності професії лікаря;
- значного скорочення обсягів професійної підготовки медичних кадрів вищими навчальними закладами та закладами післядипломної освіти;
- суттєвого зниження рівня доступності медичної освіти, в тому числі й післядипломної, для українських громадян через її високу вартість;
- існування значних дисбалансів щодо забезпечення медичними кадрами у міській та сільській місцевості, на первинній, вторинній і третинній ланках надання медичної допомоги;
- посилення неконтрольованих міграційних процесів серед працівників медичних професій з України до інших країн.

7. Метою державної кадрової політики є збереження і зміцнення здоров'я нації задля всезагального блага, відтворення та примноження її людського потенціалу через задоволення об'єктивних потреб громадян у якісних послугах з охорони здоров'я та шляхом комплексної розбудови управлінських, правових, фінансово-економічних, інфраструктурних, інформаційних, комунікаційних та інших складових національної системи охорони здоров'я.

Для досягнення цієї мети є потреба у вдосконаленні кадрової політики, а саме у здійсненні заходів щодо:

- прогнозування потреби системи охорони здоров'я у кваліфікованому персоналі та довгостроковому плануванні підготовки фахівців відповідної спеціальності з урахуванням змін у системі охорони здоров'я, зокрема медичному та фармацевтичному обслуговуванні;
- якісної підготовки кадрів у достатній кількості та їх просторового розміщення згідно з потребами населення у відповідних послугах;

- мінімізація трудової еміграції кваліфікованих медичних кадрів шляхом застосування оплати праці за референтними тарифами та впровадження програм місцевих стимулів щодо закріплення кадрів;

- визначення провідної ролі та відповідальності професійних медичних і фармацевтичних самоврядних організацій у формуванні державного замовлення медичних і фармацевтичних кадрів;

- досягнення і підтримання максимального рівня компетентності медичних і фармацевтичних кадрів у процесі трудової діяльності через запровадження системи безперервного професійного навчання.

Мета кадрової політики – підготувати потрібних працівників потрібної кваліфікації, поставити їх у потрібне місце і дати потрібне завдання. І при цьому необхідно зберегти гнучкість з метою реагування на кризові ситуації, вирішувати існуючі проблеми та прогнозувати майбутні події.

Тож необхідно спільними зусиллями зростити працівника, який:

- має здібності до професії, а також мотивацію до цієї роботи;
- успішно вирішує завдання згідно зі своїми службовими обов'язками;
- задоволений працею та соціальним статусом;
- досягає бажаних для суспільства результатів шляхом якісного виконання своїх функціональних обов'язків;
- використовує сучасні технології;
- засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії) та використовує їх у щоденній професійній діяльності;
- виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність;
- досягає необхідного рівня особистісних якостей, професійних знань і вмінь;
- відкритий до фахового навчання, здобуття досвіду та здатний адаптуватися до змін;
- відданий професії;
- соціально активний;

- готовий до якісної та кількісної оцінки власної праці.

Серед комплексу передбачених заходів (юридичних, психологічних, фінансово-економічних) роботи з персоналом слід виділити такі:

- визначення потреби в кадрах, їх добір;
- зміцнення здоров'я працівників;
- формування системи розвитку трудових ресурсів задля підвищення кваліфікації та професійної компетентності;
- покращення системи мотивації та стимуляції персоналу;
- оптимізація умов праці, соціально-трудова (міжособистісних) взаємин та відпочинку;
- задіяння програми оцінки спеціалістів на відповідність посаді, яку вони обіймають або будуть обіймати;
- впровадження сучасної системи оцінки діяльності та оплати праці на основі використання ціннісно-цільового та компетентнісного підходів.

Загалом стратегічне планування та розроблення політики у сфері трудових ресурсів охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких складових:

- управління людським капіталом охорони здоров'я, що охоплює не лише керування людьми, а й управління процесами на різних рівнях системи, що здійснюється самими людськими ресурсами за допомогою ціннісно-цільового та компетентнісного методів управління;
- визначення пріоритетних потреб і дій на основі існуючого стану кадрових ресурсів охорони здоров'я з демонстрацією послідовності здійснення політики, розробленням і реалізацією пріоритетних дій щодо кадрових ресурсів охорони здоров'я;
- впровадження професійного медичного самоврядування з поступовим передаванням регуляторних та управлінських функцій до самоврядної інституції.

Здійснення заходів щодо лідерства, управління і раціонального використання трудового потенціалу дозволить забезпечити:

- відносне скорочення загальної величини витрат на утримання цього блоку нематеріального виробництва;
- поліпшення якості наданих лікувально-оздоровчих послуг;
- підвищення економічної ефективності праці працівників медичної галузі в ринковій економіці.

Якщо цього не буде зроблено, то будь-які спроби реформування медичної галузі не матимуть успіху, особливо в умовах децентралізації – одного із важливих чинників результативних змін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я / Кол. авт.; Упоряд. – М.П. Бойчак, Я.Ф. Радиш; Передм. та заг. ред. В.Я. Білий, Б.П. Криштопа. – К.: Преса України, 2001. 240 с.
2. Енциклопедичний словник з державного управління: довідк. вид. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; уклад.: Ю.П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А.М. Михненко [та ін.]; за ред. Ю.В. Ковбасюка, В.П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. – К.: НАДУ, 2010. 819 с.
3. Гасюк Л. Соціальні аспекти кадрового забезпечення фізичної культури і спорту в Україні / Л. Гасюк. Державне управління: удосконалення та розвиток Електронне наукове фахове видання URL: <http://dy.nauka.com.ua/index.php?operation=1&iid=148>.
4. Луговий В.І. Управління освітою: навч. посіб. Для слухачів, аспірантів, докторантів спец. «Державне управління» / В.І. Луговий. – К.: Вид-во УАДУ, 1997. 302 с.
5. Кадрова політика і державна служба: конспект лекцій / Уклад.: В. М. Сороко. – К.: НАДУ, 2009. 104 с.
6. Щокін Г.В. Соціальна теорія та кадрова політика: монограф. / Г.В. Щокін – К.: МАУП, 2000. 576 с.
7. Дзвінчук Д.І. Психологічні основи ефективного управління: навч. посіб. / Д.І. Дзвінчук; Наук. ред. В.А. Козаков. – К.: ЗАТ «Нічлава», 2000. 280 с.
8. Дьомін О. Державна кадрова політика: система роботи з кадрами державної служби О. Дьомін, Г. Леліков, В. Сороко // Вісн. державної служби України. – 2001. № 2. С. 65-84.
9. Білинська М.М. Стратегія державної кадрової політики України: цілі та шляхи реалізації: навч.-метод. матеріали / М.М. Білинська, В.М. Сороко, В.О. Чмига. – К. : НАДУ, 2013. 52 с.
10. 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. – К.: НАДУ, 2008. 418 с.

11. Хентце И. Теория управления кадрами в рыночной экономике / И. Хентце. – М.: 1997. С. 50.

12. Олуйко В.М. Кадрові процеси в державному управлінні України: стан і перспективи розвитку: монографія / В.М. Олуйко. – Хмельницький: ХУУП, 2005. 326 с.

13. Недашківській М.М. Менеджмент персоналу в органах ДПС України: Навч.-метод. посібник для самост. вивч. дисц./ М.М. Недашківській, Г.І. Євтушенко, Л.П. Гацька, Н.І. Барабанова – Ірпінь: Академія ДПС України, 2001. 252 с.

14. Оболенський О.Ю. Державна служба: навч. посіб. / О.Ю. Оболенський. – К.: КНЕУ, 2003. 344 с.

15. Жаховський В.О. Державне управління системою формування кадрового потенціалу медичної служби Збройних Сил у контексті європейської та євроатлантичної інтеграції України: автореф. дис. канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 [Електронний ресурс] / В.О. Жаховський; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2005. 20 с.

16. Жаховський В. Підготовка менеджерів для медичної служби Збройних Сил України / В. Жаховський // Вісн. УАДУ. 2002. № 1. С. 137-139.

17. Курило Т.М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції: автореф. дис. канд. наук з держ. упр.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Т.М. Курило. – К., 2006. 20 с.

18. 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>

19. 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.

20. Health workforce and services Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030. WHA69/38 URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-en.pdf.

21. Establishing a European centre for disease prevention and control, REGULATION (EC) No 851/2004 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 21 April 2004 URL: http://ecdc.europa.eu/en/aboutus/Key%20Documents/0404_KD_Regulation_establishing_ECDC.pdf.

22. Коаліційна угода Верховної Ради України VIII скликання URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MUS23590.html.

23. Стратегія сталого розвитку “Україна - 2020”, Указ Президента від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.

24. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

25. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>.

26. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я, наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02>.

27. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я; наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020329_117.html.

28. Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою, наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. № 742. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1368-07>.

29. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. – К.: НІСД, 2012. 35 с.
30. Коба Н.М. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я / Коба Н.М., Ісаєнко Р.М., Короленко В.В., Глушаниця О.Ф., Ременник О.І., Лазоришинець В.В. // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2012. - №2. С. 16-22.
31. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: дис. ... д-ра наук: 25.00.02 / Н. П. Кризина. URL: <http://www.lib.ua-ru.net/diss/cont/350020.html>.
32. Устінов О. В. Стратегія державної політики у сфері охорони здоров'я / О. В. Устінов // Укр. мед. часоп. URL: <http://www.umj.com.ua/article/35657>.
33. Здоровье-2020. Основы политики и стратегия / Европейский региональный комитет. Шестьдесят вторая сессия. Мальта, 10-13 сентября 2012г. 192 с.
34. Вялков А. И. Современные проблемы эффективности управления здравоохранением / А. И. Вялков // Материалы научн.-практ. конф. с междунар. уч. М. : РЦ «Фармединфо», 2012. С. 329.
35. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні / З. С. Гладун. – К.: Юрінком Інтер, 2007. 720 с.
36. Новости медицины и фармации. 2012. 4(402) URL: <http://www.mifua.com/archive/issue-26808/article-26830/>.
37. Van Zanten M, Norcini JJ, Boulet JR, Simon F. Overview of accreditation of undergraduate medical education programmes worldwide Med Educ. 2008 Sep;42(9):930-7.
38. Поляченко Ю.В. та ін. Медична освіта у світі та в Україні. – К., «Книга плюс»: 2005. 384 с.
39. Soria M, Guerra M, Gimenez I, Escaenro JF. La decision de estudiar medicina: características. Educacion Medica. 2006; 9(2): 91-97. URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9n2/original4.pdf>.

40. Bligh JG Trends in medical education Eur J Dent Educ. 1998;2(1):2-7.
41. Bero, Lisa A., et al. «Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings.» British Medical Journal 1998 Aug 15;317(7156):465-8.
42. Marsden JS. An insider's view of the American and UK medical systems. The British Journal of General Practice. 2006;56(522):60-62.
43. Eurydice. Eurypedia: national system overview on education systems in Europe, 2011. URL: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/eurypedia_en.php.
44. Flores-Mateo G; Argimon JM. Evidence based practice in postgraduate healthcare education: A systematic review". BMC Health Serv Res 2007; 7: 119.
45. Braun S, Dwenger N. Success in the university admission process in Germany: regional provenance matters. Higher Educ. 2009; 58:71-80.
46. Martinho AM. Becoming a Doctor in Europe: Objective Selection Systems American Medical Association Journal of Ethics December 2012, Volume 14, Number 12: 984-988.
47. Dezee KJ, Artino AR, Elnicki DM, Hemmer PA, Durning SJ. Medical education in the United States of America Med Teach. 2012;34(7):521-5.
48. Москаленко В. Ф. Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я / Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С. // Главный врач. - 2007. - № 1. С. 32-40.
49. Москаленко В. Ф. Наукові перспективи формування кадрових ресурсів охорони здоров'я в Україні на етапі розвитку первинної медико-санітарної допомоги / Москаленко В.Ф., Латишев Є.Є., Ледощук Б.О. // Охорона здоров'я України. - 2008. - № 2. С. 20-29.
50. Томилин С.А. Демография и социальная гигиена. - К.: Межрегиональный издательский центр «Мединформ», 2007. 420 с.
51. Скільки лікарів в Україні? Медична освіта (офіційний сайт). URL: <http://medosvita.info/2021/02/21/скільки-лікарів-в-україні/>.

52. Волосовець О. П., Заболотько В. М., Волосовець А. О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. Українські медичні вісті. 2020. № 1 (84). Том 2. С. 20–26.
53. Граціотова Г. О., Ясіновська М. О. Управління персоналом та підвищення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції. ECONOMICS: time realities. 2020. № 6 (52). С. 25–34.
54. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. 133 с. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situationalanalysis-2019.pdf>.
55. Крикун О. Д. Стан та перспективи кадрового забезпечення ринку приватної медицини в Україні. Економіка, управління та адміністрування. 2020. № 2 (9). С. 74–81.
56. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2019-2020 роки. Укл. Заболотько В.М. Київ, 2021. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXX.html>.
57. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>.
58. Organisation for Economic Co-operation and Development (2020) Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries. URL: <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries2f7bace2/#tablegrp-d1e94>.
59. World Health Organization (2020) World health statistics 2020: Annex 2; WHO Global Health Workforce. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/healthworkforce>.
60. World Health Organization (2020) World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.