

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ТОЛОКОВА Тетяна Іванівна

**Соціальний захист працівників закладу охорони
здоров'я. / Social protection for healthcare workers**

спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзм-21
Т. І. Толокова

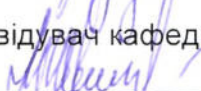


Науковий керівник:
д.е.н., професор, Т. Л. Желюк



Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"04"  2020 р.

Завідувач кафедри
 М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1. Суть соціального захисту медичних і фармацевтичних працівників.....	8
1.2. Інституційні засади соціального захисту працівників закладів охорони здоров'я в Україні	15
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА МЕХАНІЗМУ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ В ДОСЛІДЖУВАНІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ	
2.1. Структура системи соціального захисту медичних працівників	26
2.2. Ефективність соціального захисту фармацевтичних працівників	39
2.3. Наслідки недостатньої соціальної захищеності медичних працівників.....	48
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ, ЯК ГАРАНТІЯ ВМОТИВОВАНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
3.1. Вплив реформування охорони здоров'я на систему соціального захисту медичних працівників.....	54
3.2. Перспективні підходи щодо соціального захисту медичних працівників в умовах пандемії COVID-19	59
Висновки до розділу 3	64
ВИСНОВКИ	66
Список використаних джерел	68
Додатки	76

Актуальність проблеми. Поняття «соціальний захист» протягом останніх десятиріч стало одним із найбільш вживаних в офіційних документах, наукових публікаціях та громадських дискусіях. Дослідженню проблемного поля соціального захисту населення, як однієї з комплексних систем розвинутої ринкової економіки, належить важливе місце у працях багатьох учених і практиків країн світу, в діяльності Міжнародної організації праці, Європейського Союзу, Ради Європи, міжнародних фінансових організацій.

Глобальна економічна криза у своїх результатах негативно позначилась на всіх верствах населення України. Ефективна політика державної влади у сфері соціального захисту населення керується в першу чергу метою суттєвого пом'якшення негативних соціальних наслідків економічної нестабільності. Спрямованість України до об'єднання з Європейською співдружністю країн та входу в Європейський союз можливе лише за умови створення системи правових, економічних, організаційних та інших заходів державних і недержавних установ та організацій, які втілюватимуть й сприятимуть підтриманню соціальної стабільності в суспільстві, створенню умов для зростання добробуту населення, забезпечення належної якості життя населення та рівня охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Імперативний вислів, який став крилатим в медицині «*Medice, cura te ipsum!*», закликає медиків насамперед звернути увагу на самого себе й навчитись, окрім якісної професійної діяльності, формуванню поваги з боку пацієнтів, колег, суспільства через навички самоусвідомлення особистої неповторності й важливості [6].

Система управління охороною здоров'я України в процесі імплементації в світове економічне співтовариство зазнає багато істотних змін на основі ідеї єднання ефективності як результату дієвості соціального компромісу та кваліфікованої медичної допомоги. Отже, винайдення ефективних методів функціонування та дієвих механізмів системи соціального захисту медичних працівників є нагальним напрямком досліджень та актуальним завданням, що повинно ґрунтуватись на висхідних ініціативах з врахуванням потреб медиків.

В умовах обмеженості фінансових ресурсів, які держава здатна спрямувати на сферу охорони здоров'я, особливої актуальності набувають вдосконалення процесу бюджетування та програмно-цільового використання фінансових ресурсів для реалізації завдань соціальної політики.

В сучасному світі поряд з Україною й інші країни зіштовхнулись з актуальним старінням населення та граничного фінансового навантаження для забезпечення необхідних соціальних виплат. Ця тенденція відслідковується й у медицині.

Фінансові аспекти реалізації соціальної політики вивчаються вченими як у нашій країні так і в багатьох інших державах А. Паретто, П. Самуельсон, Дж. Стігліц, Е. Майєр, Б. Райан, А.Фалуді, Дж. Фостер, Куценко О.Д., В. Андрущенко, О. Василик, О. Давидюк та інші.

Однак в умовах макроекономічної нестабільності загострюються питання реальності виконання взятих керівництвом охорони здоров'я повноважень у сфері соціальної політики, актуалізується питання оптимізації процесу управління бюджетними видатками в частині планування та контролю за ефективним використанням бюджетних коштів.

В умовах загальної широко масштабності глобалізація національної політики в сфері соціального захисту медичних працівників повинна суттєво знизити напруженість негативних соціальних наслідків економічної кризи для професіоналів, на яких покладається висока соціальна відповідальність за здоров'я та життя співвітчизників [7, 12, 36].

Система державних соціальних стандартів в Україні, яка стандартизує дотримання пільг, соціальних та компенсаційних виплат, соціальних послуг, інших форм та видів соціального захисту потребує перегляду та суттєвої модернізації відповідно до європейської моделі соціального захисту та соціального забезпечення, що ґрунтується, перш за все, на нормах Європейської соціальної хартії [49].

За результатами експертних оцінок Всесвітньої організації охорони здоров'я, працівники бюджетної сфери, а це, в першу чергу, медики, перебувають під впливом багатьох стресових факторів. Переважне значення у

ініційованні стресу мають основному, негаразди матеріального плану зумовлені соціальною незахищеністю по місцю роботи. Цей факт не потребує додаткових пояснень щодо його впливу на імунологічний стан та опірність організму, який стає підґрунтям для зростання кількості випадків захворювання серед працівників бюджетної сфери [2, 8].

В Україні не здійснювалася національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема на лікарів та медичних сестер. Лише в 2019 р. оприлюднені результати звіту підготовленого компанією ТОВ «Делойт енд Туш ЮСК», яка є частиною «Делойт Холдінгз Лімітед» та протягом 175 років здійснює діяльність у сфері управління ризиками, аудиту, консалтингу, за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки, за підтримки Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund», наданої від імені народу Великої Британії у рамках контракту No 72012118C00001. [50].

Для гармонійного сталого розвитку суспільства та стабільного здоров'я нації необхідна достатня кількість працівників, які кваліфіковано надають медичну допомогу, а саме лікарі та медсестри.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення пріоритетних напрямків, розвитку сфери соціального захисту працівників закладу охорони здоров'я України на шляху євроінтеграції.

Для досягнення мети необхідно вирішити наступні завдання:

- висвітлити об'єктивну необхідність діяльності органів влади в питаннях соціального захисту медичних працівників та забезпечення координації такої роботи;
- теоретично проаналізувати умови функціонування діючої системи соціального захисту медичних працівників в Україні;
- вивчити довід провідних «соціальних» держав щодо формування моделей соціальної політики по відношенню медичних працівників;
- визначити недовершеність та шляхи удосконалення системи соціального захисту медиків в Україні;

- запропонувати підходи до розв'язання проблем фінансування в сфері соціального захисту медиків.

Об'єктом дослідження є процес соціального захисту закладу охорони здоров'я, зокрема, Комунального некомерційного підприємства Тернопільська комунальна міська лікарня № 2 .

Предметом дослідження є теоретичні та прикладні аспекти реалізації інструментів соціального захисту працівників закладу охорони здоров'я.

У кваліфікаційній роботі використано сукупність загальнонаукових і спеціальних **методів дослідження**, що застосовуються у дослідженні соціальних явищ. Методологічною основою дослідження є діалектичний та аналітично-дескриптивний методи наукового пізнання, системний аналіз для розкриття особливостей діяльності органів влади в питаннях вдосконалення соціального захисту працівників органу охорони здоров'я та значимості забезпечення координації такої роботи. Для вирішення завдань дослідження були використані: методи системного й факторного аналізу; методи абстрактно-логічного аналізу; статистичний аналіз; системно-структурний аналіз.

Інформаційною базою дослідження є чинні законодавчі та нормативно-правові акти Верховної Ради та Кабінету Міністрів України, Укази Президента України, офіційні дані Державної служби статистики України та міжнародних організацій; монографії та наукові статті провідних вітчизняних і зарубіжних учених у галузі соціального захисту.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження апробовані автором в роботі конференцій та публікації в фахових наукових журналах:

1. Навчальний он-лайн семінар «Антикризовий менеджмент в період пандемії: як захистити репродуктивне та соматичне здоров'я» НМУ ім. О.О. Богомольця, ТОВ «Група компаній МЕД ЕКСПЕРТ 15.05.2020;
2. Staż naukowy «Uczciwość akademicka» Institute of International Academic and Scientific Cooperation 11.08.-20.09.2020 numer rejestracyjny KW-092020/001
3. Всеукраїнська науково-практична он-лайн конференція для лікарів «Мистецтво лікування. Післядипломний курс професійного вдосконалення» ГО

«Українська рада медичної освіти» Національний НМУ ім. О.О. Богомольця, НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Львів 21-22.05.2020 р.

4. Толокова Т.І., Білан О.Ю. Соціальний захист медичних працівників. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2020. №3. С.115-121. <https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2020.3.11309>

Структура та обсяг роботи. Випускна кваліфікаційна робота розміщена на 80 сторінках, включає три розділи, список використаних джерел із 78 позицій. Робота містить 6 рисунків, 2 таблиці, 3 додатки.

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Механізми соціального захисту медичних і фармацевтичних працівників в країнах світу

Категорія визначення поняття «захист» має універсальне роз'яснення. Відомі тлумачні видання пояснюють зміст цього слова як «заступництво», «охорона», «підтримка», «убезпечення», «запобігання», «попередження» та деякі інші.

Цей термін застосовується і в українському законодавстві, зокрема у визначенні соціального забезпечення населення України та деяких інших документах. Проте у ст. 46 Конституції України вживається термін «соціальний захист». Зі конституційного визначення випливає, що поняття «соціальний захист» ширше і включає в себе поняття «соціальне забезпечення».

Держава надає захист через соціальні гарантії, встановлені в законодавчому порядку, та економічний механізм їх реалізації суб'єктами соціального захисту населення – через соціальні виплати, встановлені законодавчо та/або за власною ініціативою. Захист має компенсаційний та попереджувальний характер. Тому сучасний термін «соціальний захист» більш вдалий, ніж термін «соціальне забезпечення» й підходить для позначення сукупності тих заходів, які здійснює держава та інші суспільні інститути, що спрямовані на подолання чи запобігання бідності громадян.

Система правових і соціальних гарантій соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників встановлюється завдяки ефективному механізму взаємодії забезпечує задоволення запитів для якісного виконання професійних обов'язків та економічних потреб медиків відповідно до визначеного рівня відповідальності професії та надзвичайно важливої суспільної вартості. Належне регулювання питань формування позитивного іміджу медичної професії, просування її цінностей надасть професіоналам у медичній сфері

широкі можливості, які слугують індуктором для сучасних працівників закладів охорони здоров'я для якісного надання медичної допомоги пацієнтам.

Соціальних захист працівників сфери охорони здоров'я регламентується в Україні та не може бути обмежені чи скасовані іншими нормативно-правовими актами.

Соціальний захист громадян України полягає у матеріальному забезпеченні фінансово діяльного населення соціальним страхуванням; соціальної допомоги вразливим категоріям громадян; пенсійного забезпечення; матеріальної допомоги сім'ям з дітьми; компенсацій, індексацій та пілг населенню; соціального обслуговування інших фінансових та не фінансових стимулів. Таким чином, соціальний захист здійснюється за допомогою соціального забезпечення та соціальної допомоги [46-48].

Безпосередньою функцією держави є соціальний захист медичних та фармацевтичних працівників спрямований на встановлення системи правових і соціальних гарантій, які забезпечують задоволення професійних та матеріальних потреб працівників сфери охорони здоров'я належно до винятково високої соціальної відповідальності виду їх професійної діяльності, вагомого значення в суспільстві, переосмисленого з особливою увагою в контексті сучасного запиту до кадрового ресурсу сфери охорони здоров'я в умовах пандемії. Політика держави у сфері соціального захисту та соціального забезпечення визначається близько 30 законодавчими актами, серед яких провідне місце належить законам України, указам Президента та постановам Кабінету Міністрів України.

Виведення сфери охорони здоров'я в нашій країні на траєкторію стійкого прогресивного розвитку можливе лише через глибоке розуміння важливості та поглиблення реформ у сфері, активну й послідовну соціальну політику, яка ґрунтується на соціальних гарантіях для медичних працівників, наближення вектора трансформації до надбань сучасного європейського і світового цивілізаційного розвитку. Забезпечення реалізації стратегії успішного розвитку галузі охорони здоров'я передбачає: зростання інтелектуального потенціалу фахівців, які надають професійні послуги, всебічний розвиток медичної освіти,

розвиток системи соціального захисту з метою дотримання належного рівня життя медичних працівників шляхом реформування системи оплати праці, ліквідації безробіття у сфері, вдосконалення механізмів надання державної соціальної допомоги, запровадження системи обов'язкового державного соціального страхування для всіх громадян, поліпшення становища молодих спеціалістів, жінок, сімей, здійснення скоординованих кроків спрямованих на поліпшення охорони здоров'я самих медичних працівників, зміцнення соціального іміджу середнього класу населення, до якого належать фахівці з належним рівнем медичної освіти.

Однією з основних характеристик, що зумовлюють значення категорії «соціальна держава» - це соціальний захист населення країни.

Загальними міжнародними принципами реалізації соціального захисту є:

- соціальна справедливість;
- гарантії в юридично-правовому полі;
- соціальні гарантії (доступність освіти, житло, свобода вибору професії);
- всебічність (охоплення соціальними, економічними та правовими гарантіями всього населення, незалежно від рівня прибутків, зайнятості та інших соціальних характеристик);
- соціальне партнерство і солідарність всіх прошарків суспільства;
- диференційований підхід до різних соціально-демографічних груп і прошарків населення.

Термін «соціальні схеми» в його загальному значенні окреслює механізми реалізації соціального страхування, але часто вживається також і означення інших видів соціальної допомоги або заходів. в країнах Європейського Союзу існує новий термін “соціальний захист”, який відноситься до соціального страхування, соціальної допомоги, соціальних послуг тощо. Метою запровадження оновленого терміну було подолати обмеженість попереднього визначення “соціальне страхування”. Таким чином, “соціальний захист” може бути визначений як “соціальне страхування в більш широкому значенні”. Термін “соціальні схеми” вживається навіть у ще більш розгорнутому значенні в країнах, які анонсують себе та визнаються в світовій спільноті, як «соціальні

країни», хоча термін “схеми” може його дещо обмежувати. Головна думка полягає в тому, щоб посилаючись на соціальні схеми використовувати найбільш широке їх розуміння [51]. Термін “соціальні схеми” був вперше застосований у скандинавських країнах. Цим терміном визначають функціонуючі можливі схеми, види допомоги, послуги та інші соціальні заходи, які є доступними та універсальними для всіх громадян, якими є також працівники сфери охорони здоров'я. В таких всебічно злагоджених скандинавських соціальних схемах всі особи, що проживають в даній країні, мають доступ до соціальної допомоги і послуг. А отже, ці права є універсальними для всіх громадян з обмежується залежності від інших людей [26]. В основі універсальних скандинавських соціальних схем покладено принцип солідарності з розумінням, що незалежно від фінансування соціальної схеми з податків чи зі страхових внесків, право користуватись нею використовують ті, хто потребує соціального захисту. Громадяни, які своїми внесками фінансують схему, платять за послуги не тільки для себе, але й для співвітчизників, які нездатні робити будь-які внески до системи. В системі соціальних пенсій, до прикладу, за рахунок поточних виплат роботодавців та працюючих фінансується сплата пенсій тим громадянам, які досягли пенсійного віку, що входить у розуміння солідарності поколінь.

У Копенгагенській декларації 2018 року про соціальний розвиток зазначено, що соціальний захист має вкрай важливе значення для задоволення потреб і сподівань людей у всьому світі, а також для виконання урядами своїх обов'язків стосовно суспільного сектору. Найбільш продуктивною є політика та капіталовкладення, які дозволяють громадянам максимально реалізувати свій потенціал, ресурси, можливості забезпечити стійкий характер соціального захисту та економічного розвитку в фінансовому і суспільному сенсі [52].

Головною рисою скандинавських соціальних схем є загальна основа солідарності. В результаті активуючої соціальної політики уряду Фінляндії, де універсальна основа солідарності є дуже широкою, Міністерством соціального забезпечення і охорони здоров'я переслідується мета створення через соціальні схеми безпеки для всіх громадян [38]. Охоплюються всі особи, які проживають

у країні. На практиці, безпека для всіх означає, що всі люди можуть планувати і будувати своє майбутнє створювати сім'ї і вирощувати дітей із усвідомленням, що у випадку несподіваної хвороби, нещасного випадку, інвалідності, втрати роботи, смерті годувальника, вони отримають лікування або іншу необхідну допомогу і зможуть утримати свій рівень доходу. Це допомагає їм планувати своє життя на довшу перспективу і бути впевненими в тому, що вони зможуть подолати життєві складнощі часи. Таким чином визначається захист, а через загальне охоплення, то це означає захист для всіх.

На підставі цієї інформації можна скласти всеохоплюючу схему компонентів соціального захисту населення, у яку імплементується галузь охорони здоров'я та її працівники (Рис. 1.1.).

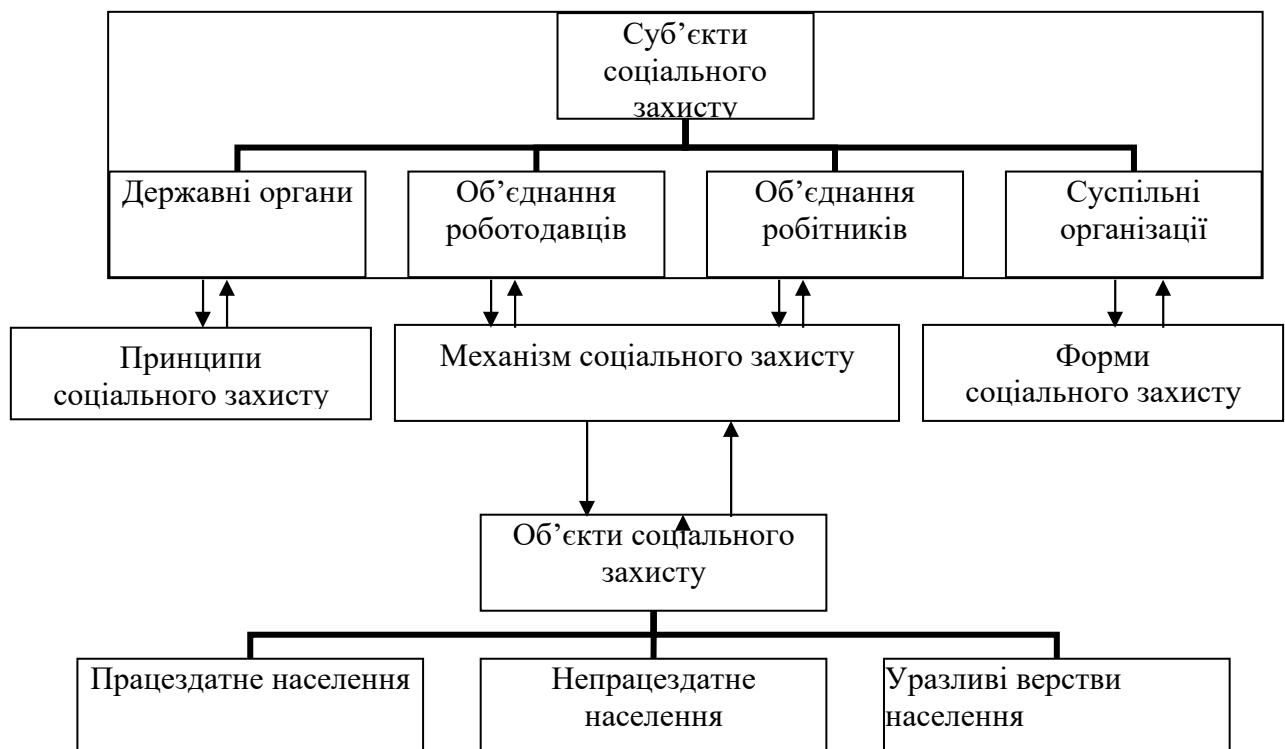


Рис. 1.1. Компоненти соціального захисту

Примітка: Складено автором на основі [4, 39].

Отже, працівники закладів охорони здоров'я, які потребують соціальних гарантій свого захисту в особливих ситуаціях або певних періодах життя є складовим компонентом, об'єктами соціального захисту, щодо яких застосовуються притаманні у рамках державного законодавства принципи, механізми та форми соціального захисту. У залежності від якісного виконання

професійних обов'язків медичними та фармацевтичними працівниками перебуває рівень гарантій конституційного права для громадян країни, яке полягає у належній охороні здоров'я.

В країнах центральної і південної Європи, які є членами Європейського союзу, соціальні схеми в більшості випадків залежать від місця роботи і від сплачуваних внесків, а не від факту проживання, особливо це стосується соціального страхування. Ці схеми забезпечують застрахованих осіб. Працівники сфери охорони здоров'я належать до такої категорії працюючих громадян. Таким чином, схеми не охоплюють всіх осіб, що проживають у країнах та не є універсальними, а стосуються тільки працюючих осіб й більшості підприємців, що працюють самі на себе. Члени сім'ї залежно від цього отримують своє право на соціальне забезпечення з врахуванням соціального страхування працюючого члена сім'ї. Не зважаючи на це, в основу соціальних схем також покладено принцип солідарності [40]. Передбачувані цими схемами допомога або послуги надаються нужденним громадянам за рахунок співвітчизників, які на даний момент оплачують ці потреби, що найяскравіше визначається на прикладі пенсійного забезпечення. Внаслідок цього соціальні схеми називають схемами "соціального страхування". Термін "соціальне" має відношення в першу чергу до їх солідарного підґрунтя. Аналізуючи особливості такого виду схем, можна помітити, що вони не охоплюють безпекою всіх. Це спрацьовує для тих випадків, коли йдеться про найманих працівників та тих, хто працює на себе, а також члени їх сімей. Очевидно, що велика категорія осіб залишається за межами цього кола. Все ж, переважна більшість осіб, які не потрапили у коло працюючих також отримує соціальну допомогу в цих країнах. На практичному рівні, у всіх вказаних країнах існують спеціальні правила або схеми для забезпечення тих, хто залишається за межами загальноприйнятого страхування. Безробітні, пенсіонери і студенти отримують свої права на соціальну допомогу через спеціальні схеми. Існує також велика кількість соціальних схем, якими охоплюються сім'ї, одинокі матері, інваліди та інші групи осіб, які не можуть бути застраховані оскільки належать до непрацюючих громадян. По суті, хоча

такі схеми не універсальні, однак вони базуються на загальному розумінні солідарності й ними досягається охоплення соціальною допомогою на практиці майже співставлено з універсальними схемами: вони забезпечують соціальний захист для всіх, оскільки майже всі є охоплені ними [41].

На прикладі найуспішніших щодо соціальних гарантій для медичних працівників країн Фінляндії та Нідерландів: згідно з Програмою медичного страхування гонорар лікаря покривається на 60% від фіксованої ставки, встановленої медичним департаментом закладів охорони здоров'я. Фіксована ставка відстає від реальної, тому фактична компенсація складає приблизно 35%. Таким чином, фактично пацієнт має сплачувати більшу частину гонорару. Тому обсяги приватного страхування, яке гарантує повне покриття витрат на приватні медичні послуги, у Фінляндії та Нідерландах зростають, особливо страхування дітей [27].

Фінляндія має складну систему охорони здоров'я, що створена з трьох рівнів: національний муніципальний, приватний та професійний. У порівнянні з іншими північними країнами система охорони здоров'я є більш децентралізованою, а також застосовує змішану систему фінансування. Державна влада сама не організує надання медичних послуг, але визначає загальні напрямки розвитку політики у сфері охорони здоров'я. Кожен з трьох рівнів систем охорони здоров'я передбачає різний обсяг послуг, умов доступу, фінансування та соціальних гарантій для фахівців, які задіяні для роботи у сфері [42].

В країнах з високим рівнем економічного розвитку є і такі соціальні схеми, що не базуються на солідарності, і не гарантують захисту для всіх. Найкращим прикладом є США, але є також і інші країни з подібними схемами. В США на принципі солідарності базується тільки основна пенсійна схема, схема медичного забезпечення для літніх людей Медікейр та деякі схеми на рівні окремих штатів. Головний принцип всієї системи соціального страхування та інших видів допомоги є захист тих, хто здатен за нього платити. На практиці, основний соціальний захист базується на приватному страхуванні. Приватне ж страхування базується не на солідарності, а на принципах страхування. Захист

для всіх відсутній як такий і, по суті, сама ідея захисту для всіх невідома суспільству або не приймається ним. Фахівці сфери охорони здоров'я належать до працюючих громадян, оплата праці, яких на державному рівні дозволяє їм задовільними свої життєві потреби на гідному рівні й створює привабливий імідж професії медика у суспільстві [54].

Соціальний захист працівників закладів охорони здоров'я в європейських країнах, США не підлягає безсумнівному наслідуванню в системі соціального захисту нашої країни та підлягає критичному переосмисленню з врахуванням особливостей економічного розвитку країни, особливостей історичного наслідування вітчизняної системи охорони здоров'я з актуальною імплементацію реформ в галузі.

1.2. Інституційні засади соціального захисту працівників закладів охорони здоров'я в Україні

Розбудова ратифікованої, а не декларативної соціальної державності в Україні неможлива без вдосконалення шляхів досягнення ефективної системи соціального захисту, який буде відповідним до міжнародних стандартів. Ефективне вирішення проблем формування системи соціального захисту нерозривно пов'язано з процесом досягнення державних орієнтирів, проголошених в Конституції України.

В Україні держава є гарантом соціального захисту заснованому на Конституції, яка визначає здоров'я людини найвищою цінністю і гарантує право кожної людини на охорону здоров'я та якісну медичну допомогу. З цією метою держава повинна забезпечувати належне медичне обслуговування громадян та соціальний захист.

Сучасний стан розвитку держави супроводжується виникненням гострих соціально-економічних проблем в сфері охорони здоров'я, які спричиняють визначні зміни якості життя населення, що відтворюється у зниженні фінансового благополуччя працівників закладів охорони здоров'я України, погіршанні фізичного здоров'я, скороченні середньої тривалості життя, збільшенні диференціації доходів медичних працівників та інших груп

населення, соціальній незахищеності, погіршення соціального забезпечення, зниженні реальної заробітної плати, середньої пенсії, розвитку небезпечної ситуації у галузі, яка є найважливішою в соціальній сфері [20].

В статті 1 Конституції Україна проголошена демократичною, правовою і соціальною державою. Проблеми гарантування та реалізації цих положень є одними з стратегічних завдань, які потребують надзвичайно якісного та термінового вирішення в нашій державі на сучасному етапі [54].

Інтеграція України в Європейську співдружність країн та у Європейський союз можливе лише зі створенням системи правових, економічних, організаційних та інших заходів державних і недержавних установ та організацій, що впливатимуть та сприятимуть підтриманню соціальної стабільності в суспільстві, створенню умов для зростання добробуту населення, забезпечення належного рівня та якості життя населення, яке прямо залежить від стану здоров'я, профілактики захворюваності та біологічної безпеки. Реалізація соціальної політики стосовно будь-якої категорії громадян неможлива без здійснення їх соціального захисту, а соціальний захист - важлива складова соціальної політики та необхідний елемент функціонування держави в умовах ринкової економіки [23].

Провідною проблемою української охорони здоров'я, як свідчить аналіз вітчизняних і міжнародних експертів, є невідповідність діючої в Україні старої радянської моделі системи охорони здоров'я Семашка, призначеної для функціонування в умовах планової економіки, сучасним реаліям. "Система профілактичної медицини Семашка", яка зберігалася в Україні тривалий час, була ледве не ідеальною в теорії та абсолютно нереальною для якісної реалізації на практиці [18].

Процес інтеграції в світове економічне співтовариство передбачає проведення істотних змін в системі управління державою, складовою якої є соціально-економічна система, на основі ідеї сполучення економічної ефективності як результату дієвості соціального компромісу та ринкових сил. Наявність ефективної та дієвої системи соціального захисту – це свідчення

належного до міжнародних стандартів рівня розвитку держави, його відповідності вимогам часу.

Важливу роль для забезпечення охорони здоров'я населення нашої держави відіграє сумлінне виконання працівниками закладів охорони здоров'я своїх трудових обов'язків у будь-який історичний період, яке тісно пов'язане з вмотивованістю професіоналів до самовідданої праці та гарантій їх соціальної захищеності [55].

Сучасна система соціального захисту в Україні – як ідеологічно, так і практично – не повністю враховує суспільні реалії. Вона становить сукупність часткових, тимчасових, малодійових заходів, орієнтованих переважно на уразливі верстви населення. Перебуваючи у стані перманентної кризи, ця система виявляється нездатною створити й умови, за яких прийнятний рівень добробуту і достатній обсяг соціальної захищеності забезпечувала б населенню економічну активність. Від початку здійснення ринкових реформ трудова діяльність все ще не стала запорукою індивідуального достатку та соціальної безпеки. У зв'язку з цим достатньо вивченими є недоліки й обмеження держави та її інститутів [43].

В основі соціального захисту лежить упередження реалізації та готовність до буферного реагування на соціальні ризики, зокрема: тимчасова або тривала непрацездатність; трудове каліцтва; інвалідність; втрата годувальника; хвороби; вагітність і пологи; догляд за дітьми; старість; безробіття; малозабезпеченість з незалежних від людини обставини тощо. Отже, соціальні ризики – це такі події в житті людини, в результаті яких (в основному з незалежних від неї обставин) виникає небезпека втрати матеріальних коштів для задоволення першочергових (базових) потреб, необхідних для збереження та відтворення повноцінного життя громадян членів суспільства, якими є фахівці сфери охорони здоров'я.

Важко переоцінити роль медичних працівників у забезпеченні населення якісною медичною допомогою. Протягом багатьох років вважалось, що в Україні надлишкова чисельність медичного персоналу, наслідком чого була і відповідна кадрова політика. А сьогодні українська охорона здоров'я стоїть на порозі кадрової кризи. Існує дефіцит кадрів, передусім у первинній ланці

загалом та сільській місцевості. Понад 20% кадрів – пенсійного, і ще 20% – напередодні пенсійного віку, які, логічно передбачають обов'язкового запиту визначених витрат ресурсів на додаткове навчання та соціальний супровід задоволення потреб для підтримки належного рівня оздоровлення та профілактики захворювань пов'язаних з особливостями виконання професійних обов'язків протягом тривалого часу (Додаток А).

В 2008 р. групою депутатів Верховної Ради України на розгляд надано законопроект «Про соціальний захист медичних та фармацевтичних працівників, працівників охорони здоров'я» Реєстр №2538 від 22.05.2008 н. д. Л. Григорович, В. Карпук та інші. Метою законопроекту було підвищення статусу і соціально-правового захисту фахівців, які працюють у сфері охорони здоров'я. Зокрема, пропонувалось закріпити в окремому законі існуючі та додаткові соціально-трудові гарантії для медичних та фармацевтичних та інших працівників охорони здоров'я. За результатами розгляду проекту закону про соціальний захист медичних та фармацевтичних працівників, працівників охорони здоров'я, та врахувавши Комітет вирішив: рекомендувати Верховній Раді України направити його авторам на доопрацювання. Законопроект №2538 було відкликано в 2009 р. Постановою Верховної Ради України від 19.03.2009 № 1200-VI через обґрунтовані зауваження щодо переважання права на соціальний захист працівників закладів охорони здоров'я на протигагу рівності прав громадян України.

Згідно з проектом закону, окрім інших пільг, передбачалось, що медичні та фармацевтичні працівники, працівники охорони здоров'я, а також пенсіонери охорони здоров'я мають право на деякі додаткові пільги в сфері дотримання належного стану власного здоров'я, а саме першочергове одержання лікувально-профілактичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами. Законопроект передбачав надання дітям медичних та фармацевтичних працівників у першочерговому порядку місця у загальноосвітніх та дошкільних навчальних, санаторно-курортних та інших оздоровчих закладах незалежно від форми власності. У разі загибелі медичного або фармацевтичного працівника, працівника охорони здоров'я під час

виконання професійних обов'язків сім'ї загиблого, а в разі її відсутності - його батькам та утриманцям виплачується одноразова грошова допомога в розмірі десятирічного грошового забезпечення загиблого за останньою посадою. Витрати на поховання загиблого медичного або фармацевтичного працівника, працівника охорони здоров'я здійснюються за рахунок держави. За сім'єю загиблого під час виконання професійних обов'язків медичного або фармацевтичного працівника, працівника охорони здоров'я зберігається право на пільгове отримання житла. За дітьми загиблого під час виконання професійних обов'язків медичного або фармацевтичного працівника, працівника охорони здоров'я до досягнення ними 18 - річного віку, а також за непрацездатними членами сім'ї, які перебували на його утриманні, зберігається право на пільги з оплати житла, комунальних послуг. Діти, які перебували на утриманні загиблого під час виконання професійних обов'язків медичного або фармацевтичного працівника, працівника охорони здоров'я, до досягнення ними 18 - річного віку мають право на щорічне оздоровлення за рахунок держави у санаторно-курортних, та інших оздоровчих закладах за наявності медичних показань. Діти віком до 20 років, які перебували на утриманні загиблого під час виконання професійних обов'язків медичного або фармацевтичного працівника, працівника охорони здоров'я, мають право на вступ поза конкурсом до державних вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів або на медичні (фармацевтичні) факультети державних вищих навчальних закладів з обов'язковим наданням гуртожитку на час навчання тим, хто не має житла, і виплатою підвищеної на 50 відсотків від встановленого розміру стипендії. Надання права медичним та фармацевтичним працівникам на соціальний захист у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків. Порядок реалізації передбачених цим Законом заходів соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників, працівників охорони здоров'я належав до визначення Кабінетом Міністрів України [56].

Як результат нечіткої системи соціальних гарантій спостерігається зростаюча і некерована міграція медичного персоналу, в т. ч. до сусідніх країн

та закордон. Використовується архаїчна система планування потреб у кадрових ресурсах, яка базується на жорстких кадрових нормативах [16].

У роботодавців в сфері медичних послуг майже недостатньо стимулів для покращення якості медичної допомоги та затратної ефективності медичної послуги. Це особливо стосується медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги, які повинні виконувати роль “воротаря” між рівнем первинної медико-санітарної допомоги та рівнями спеціалізованої і високо спеціалізованої допомоги.

Проект Tacis BISTRO “Ознайомлення з досвідом країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я”. спільно з експертами компанії SOCON Ltd. та Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства й дитинства провів спектральний аналіз позитивного досвіду та недоліків в системі соціального захисту медичних працівників європейських країн.

Згідно з офіційною статистикою на потреби охорони здоров'я в Україні протягом останніх років спрямовувалось біля 3% валового національного прибутку [10]. Судження щодо того, чи являється ця частка достатньою, є нормативним, тобто таким, що не передбачає відповіді типу вірно або невірно. Достатність в даному контексті залежить від історії, рівня економічного розвитку країни, ступеня сформованості в ній різних груп інтересів. Навіть у державах, які прийнято називати розвинутими, і які витрачають на охорону здоров'я понад 10% валовий національний прибуток (наприклад, у США і Німеччині), цих коштів не вистачає на задоволення усіх існуючих потреб. Звідси слідує висновок – коштів бракуватиме завжди. Цим також пояснюється абсурдність терміну науково обґрунтована величина видатків на охорону здоров'я. Значно коректнішим був би термін соціально прийнятний для даної країни рівень видатків на охорону здоров'я. Аналізуючи величину асигнувань на охорону здоров'я, можна говорити лише про їх порівнювальну достатність, тобто проте, як ситуація в даній країні порівнюється з іншими. За цим показником Україна перебуває в групі далеко не самих розвинутих держав [57].

Соціальний захист медичних та фармацевтичних працівників як фінансовий засіб протидії соціальним ризикам здійснюється за рахунок внесків застрахованих осіб та/або роботодавців, коштів державного бюджету чи організацій, власних коштів громадян, пожертвувань, тому вважаємо, що функціональними формами системи соціального захисту населення є страхування, соціальне забезпечення та самофінансування (або самозахист), як зображено на Рис. 1.2.

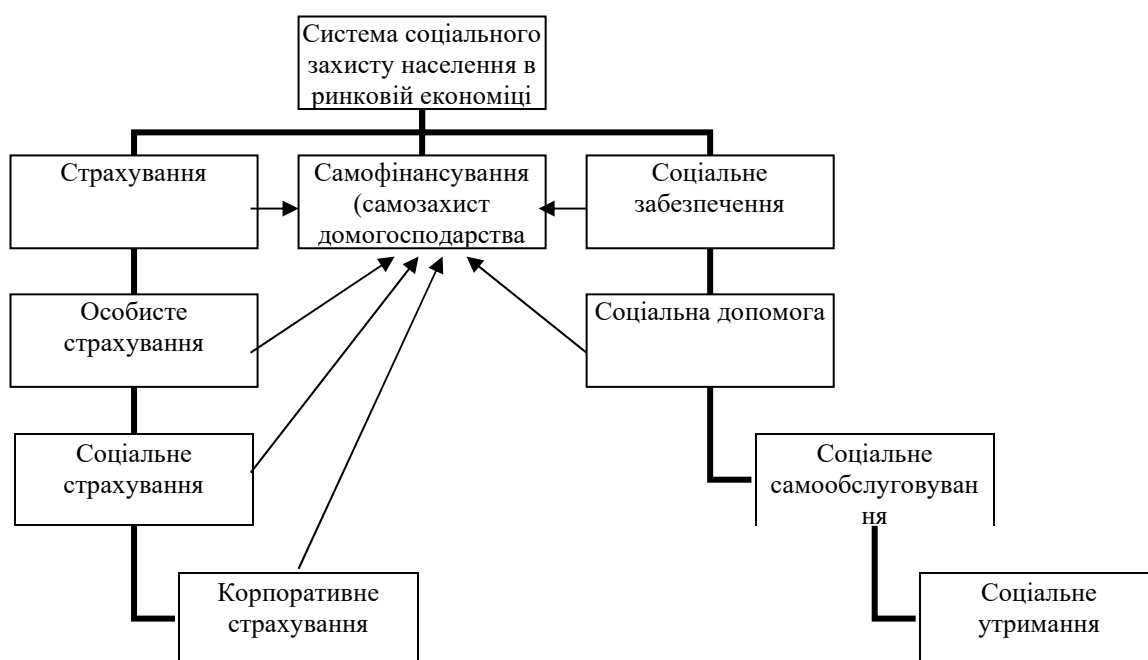


Рис.1.2. Структура системи соціального захисту населення

Примітка . Побудовано автором на основі [19, 22]

Узагальнюючи, слід зауважити, що метою реформи системи фінансування служби охорони здоров'я в Україні є забезпечення ефективного розподілу ресурсів в системі охорони здоров'я при збереженні принципу справедливого, рівноправного і безкоштовного доступу до послуг та відповідність кадрового потенціалу медиків світовим стандартам. Розділення функцій фінансування і надання послуг необхідний стартовий момент в реформаційному напрямку.

Заходи по соціальному захисту медиків у міжнародному досвіді фінансуються державою.

Основними заходами соціального захисту медичних і фармацевтичних працівників, які сприяють регулюванню трудових відносин в сучасній міжнародній практиці є:

- 1) створення адресної системи соціального захисту;
- 2) упорядкування пільг, надбавок та доплат, які виплачуються за рахунок засобів підприємств та організацій шляхом включення в оплату праці згідно тарифікації та посадові оклади;
- 3) введення податкових, кредитних або інших пільг для підприємств за створення допоміжних робочих місць, прийом на роботу багатодітних жінок, інвалідів, пенсіонерів, а також молоді, у тому числі які закінчили професійні, середні спеціальні і вищі учбові заклади;
- 4) введення нормативних актів, які регулюють трудову міграцію, зайнятість військовослужбовців, які звільнені в запас, біженців;
- 5) уточнення вартості споживчого кошика з урахуванням динаміки цін, реформи оплати праці і світової практики;
- 6) регулярний перегляд мінімальної заробітної плати у народному господарстві у зв'язку з ростом індексу споживчих цін;
- 7) розвиток страхової медицини;
- 8) визначення критеріїв віднесення громадян до незаможних груп населення;
- 9) розробка механізму виявлення, обліку незаможних громадян, які знаходяться за об'єктивними причинами за межею бідності.

Внаслідок реформування економіки та системи суспільних відносин в Україні соціальна система захисту населення зазнала певних структурних змін. Так, була змінена єдина державна соціальна інфраструктура, ліквідовано соціальне планування, а соціальні норми, гарантії і стандарти втратили статус пріоритетності., в тому числі стосовно розвитку медичного обслуговування в сільській місцевості, які гарантовані чинним законодавством України [58]. Тому відновлення базових соціальних аспектів захисту медичних працівників та удосконалення механізмів реалізації державних гарантій, з урахуванням досвіду розвинених країн є дуже актуальним на теперішній час і слугуватиме

передумовою для удосконалення сучасного законодавства щодо соціального захисту працівників закладів охорони здоров'я та населення в цілому.

Додаткового соціального захисту в міжнародній практиці у сучасних умовах потребує один з соціальних ризиків, а саме професійне вигорання медичних та фармацевтичних працівників. Всесвітня організація охорони здоров'я визнала, що синдром вигорання є проблемою, яка потребує медичного втручання. У міжнародній класифікації хвороб синдром вигорання виділено в окремий діагностичний таксон-Z 73 і шифрується Z 73.0 – вигорання [11, 37, 45].

Щодо професійних прав, то найчастіше порушується право на вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики. Найважливішим соціально-економічним ресурсом суспільства і пріоритетною соціальною цінністю в розвинених країнах світу та в країнах, що стрімко розвиваються, є здоров'я нації, тому охорона здоров'я та фармацевтична промисловість в цих країнах відноситься до високотехнологічних секторів економіки.

Відповідно структуру основних напрямків політики щодо соціально-економічного захисту працівників охорони здоров'я будують у наступних напрямках: 1) оплата праці в системі охорони здоров'я, 2) система регулювання зайнятості, 3) соціальне страхування фармацевтів, 4) захист прав медичних та фармацевтичних працівників.

1. Необхідно передбачити впровадження прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх і внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів;
2. Необхідне забезпечення підготовки і перепідготовки лікарів загальної практики і сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою темпами на випередження;

3. Доцільне збільшення ролі середнього медичного персоналу системи охорони здоров'я шляхом надання середньому медичному персоналу ряду функцій, які входять у межі його компетенції, зокрема, медичне обслуговування у лікарнях сестринського догляду, хоспісах, надання швидкої допомоги фельдшерськими бригадами, виділення самостійних розділів роботи для працівників фельдшерсько-акушерських пунктів проте є розширенням можливостей для професійної реалізації;
4. Необхідна інтенсифікація та ефективність заходів соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, насамперед на рівні первинної ланки, а саме забезпечення житлом, надання пільгових кредитів інші можливості.

Висновки до розділу 1

Результати проведеного дослідження суті та правового забезпечення соціального захисту медичних працівників в першому розділі дали змогу зробити наступні висновки та пропозиції.

1. Забезпечення галузі охорони здоров'я висококваліфікованими фахівцями потребує підвищення привабливості професій медичного та фармацевтичного працівника, працівника охорони здоров'я шляхом, зокрема, гарантування державою таким особам соціального захисту.
2. Економічний аспект соціально-економічного захисту медичних працівників, який віддзеркалює рівень зайнятості фармацевтичних працівників і є системою відносин щодо забезпечення робочими місцями, оплати праці та участю у розвитку економіки держави;
3. Соціальний аспект захисту, що характеризується чинниками, які є визначальними при формуванні та розвитку особистості працівника закладу охорони здоров'я;
4. Демографічний аспект, що відображає стан захищеності медичного працівника залежно від їхнього віку, статі, сімейного стану;
5. Регіональний аспект соціально-економічного захисту відтворює особливості зайнятості медиків працівника залежно від природних та

економічних умов, історичних традицій, форм поселення, етнічного складу населення тощо.

ОЦІНКА МЕХАНІЗМУ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ В ДОСЛІДЖУВАНІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ

2.1. Структура системи соціального захисту медичних працівників

Нами розроблено й проведено анонімне анкетування медичних сестер районної лікарні Комунального некомерційного підприємства Тернопільська комунальна міська лікарня № 2 щодо моральної свідомості пацієнтів, адміністрації лікувального закладу та держави стосовно поваги до медиків, що в свою чергу формує вмотивованість у роботі, самооцінку, готовність до альтруїзму в роботі та емпатії в умовах соціального захисту. У дослідження увійшла думка 100 працівників, серед яких по 27 медичні сестри мали 1 та 2 кваліфікаційну категорії та 46 медики були атестовані, як працівники вищої кваліфікаційної категорії. Дані опитування співставлені з показниками ефективності роботи медичних працівників отримані з статистичний даних Центру медичної статистики та Єдиної державної електронної бази відкритих даних в охороні здоров'я, нормативно-правові документи національного рівня та внутрішні керівництва.

Дослідження виконувалось на базі Тернопільської комунальної міської лікарні № 2, яка обслуговує – 95 676 чоловік населення, в тому числі, із них дітей від 0 до 18 років – 13 831 чоловік.

Особливістю щодо умов надання медичної допомоги є те, що Тернопільська комунальна міська лікарня № 2 заходиться в обласному центрі, отже, створюється високий запит до надання всіх видів допомоги й професіоналізму медиків, а також до можливості взаємин з центрами медичного обслуговування державного підпорядкування в максимально швидкий й ефективний спосіб. Специфікою роботи з надання медичної допомоги медсестрами й лікарями поліклініки є висока довіра до ефективного, безпечного лікування пацієнтів висококваліфікованими фахівцями.

Ми вивчали самооцінку медичних сестер щодо їх задоволеності й захищеності, аналізували сприйняття ефективності роботи й навчання, своєї

соціальної вартості, престижу професії та факторів, які мають вплив на їх усвідомлення.

Основним інструментом оцінки ефективності лікарів та медсестер залишається атестація та частково визначення в нормативно-правових документах, які регулюють систему якості медичної допомоги в Україні [24, 59, 60]. За межами атестації оцінка ефективності персоналу не є системною і швидше стає наслідком розслідування біоетичними комісіями або клінічними конференціями певних порушень або помилок, ніж звичною практикою, яка може відобразитись у вигляді заохочень до підвищення якості виконання професійної діяльності, що в свою чергу впливає на недостатність мотивації працівників до кваліфікаційного вдосконалення, на думку 67 % респондентів.

В результаті проведено нами аналізу лише 36 % опитаних вважають, що думка пацієнтів та колег, щодо якості роботи може вплинути на їх впевненості та соціальну захищеність на робочому місці від зловживань та покращить умови їх праці, що підтверджує неформальність такої оцінки та недовіру медиків до неї.

Під час дослідження в загальній кількості середніх медичних працівників нами виділені частки працівників з вищою кваліфікаційною категорією (46 %), та першою й другою кваліфікаційними категоріями (по 27 %), що в свою чергу з значною ймовірністю корелює з досвідом й стажем трудової діяльності. на підставі такого співвідношення нами сформована кількість (100 анкет) й відповідність результатів анонімного анкетування кваліфікаційним характеристикам медиків (табл.2.1).

Таблиця 2.1.

Кваліфікаційна категорія середніх медичних працівників

Кваліфікаційна категорія середніх медичних працівників	2016р.	2017р.	2018р.
Вища категорія	201	212	214
I категорія	136	121	118
II категорія	122	143	127
Всього середніх медичних працівників	459	476	459

Примітка: наведено автором на основі інформації Тернопільської комунальної міської лікарні № 2 [61].

В таблиці представлена інформація щодо кваліфікаційних характеристик медичних сестер, які працюють в особливих умовах високого запиту до кваліфікації медичних сестер закладу охорони здоров'я розташованого в обласному центрі.

Дані кваліфікаційної відповідності персоналу лікарні свідчать про високу відповідальність та прагнення до професійного росту медичних сестер лікувального закладу й визначену готовність медичного персоналу до опанування нових компетенцій попри те, що законодавчо гарантовані доплати за підвищення кваліфікаційної категорії недостатні для задоволення життєвих потреб на думку 82 % опитаних нами респондентів.

У закладах охорони здоров'я, які реорганізовано в комунальні некомерційні підприємства у рамках медичної реформи, яким є Тернопільська комунальна міська лікарня № 2, частково замість нормативного підходу відповідно до Єдиної тарифної сітки впроваджується договірна система оплати праці персоналу та посилюється роль колективного договору, яким визначаються форми і системи оплати праці, норми праці, розміри фінансових і нефінансових стимулів.

Медичні працівники недостатньо інформовані про заходи їх соціального захисту на робочому місці, що негативно позначається на рівні їхньої задоволеності умовами праці. Питання забезпечення ефективного захисту медичного персоналу від неправомірних або агресивних дій відвідувачів медичних закладів та пацієнтів здебільшого не врегульовано, і медичні працівники не вважають себе захищеними на робочому місці під час виконання професійних обов'язків. 67 респондентів вказали, що у своїй роботі стикались з конфліктною й відверто провокаційною поведінкою пацієнтів або їх родичів, що порушує їх права, й не були обізнані щодо алгоритму захисту себе на робочому місці та поза його межами у таких випадках. Серед опитаних 55,2 % респондентів мали стаж роботи до 10 років та належали до другої або першої кваліфікаційної категорії та за даними самооцінки у певних ситуаціях порушення власних прав не мали усвідомлення про факт порушення їх прав на

робочому місці, що доводить недостатню поінформованість на освітньому рівні адміністрацією та керівництвом галузі.

На рис. 2.1. представлені результати анонімного анкетування медичних сестер щодо розуміння персональної захищеності з боку соціальних гарантій в професійній діяльності.

Інформованість медиків про порушення прав

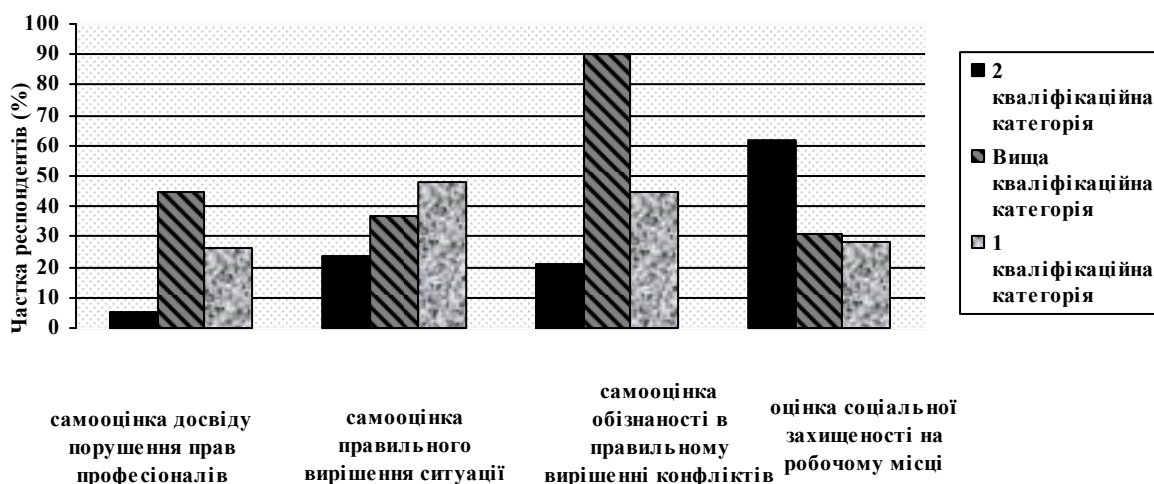


Рис 2.1. Інформованість медиків про порушення прав

Примітка: побудовано автором на основі особистих досліджень.

Найбільша частина визнання у своєму професійному досвіді випадків порушення прав, що корелює з терміном роботи за спеціальністю у медсестер з вищою кваліфікаційною категорією (45 %). Але 31 % з них вважають себе найменш соціально захищеними у подібних ситуаціях, на відміну від 62 % медичних сестер, які мають стаж роботи до 7 років й 2 кваліфікаційну категорію. Це ймовірно засвідчує формування кредиту довіри молоді в медицині до керівництва системою охорони здоров'я на місцевому та державному рівнях. Медсестри 1 кваліфікаційної категорії та стажем роботи до 10 років в 48 % впевнені у своїх знаннях, щодо правильного реагування на ситуації з можливим порушенням їх прав, своїх комунікативних навиках, але лише у 28 % вважають достатнім соціальний захист медиків. Такий розподіл респондентів може бути пов'язаний з стажем роботи, специфікою професійної діяльності, рівнем емпатії, емоційного інтелекту та професійного вигорання й

потребує пошуку взаємозв'язків на місцевому та галузевому рівні для розв'язування проблем з оптимізації охорони здоров'я [35].

В роботі медиків щоденно існує потреба у постійному використанні навиків ефективної комунікації та безконфліктної поведінки. Однак, повсякчас окрім пацієнтів з порушеннями психоемоційної сфери, як результат перебігу основного захворювання та емоційно лабільних членів сім'ї пацієнтів, доводиться стикатись з правопорушниками, які відчуваються своєю безкарністю при здійсненні неправомірних дій та злочинних вчинків по відношенню до медичних працівників. У випадку виникнення конфліктних ситуацій з пацієнтами під час здійснення професійної діяльності та при дотриманні медиками всіх етично-правових нормативів у вітчизняному законодавстві передбачена кримінальна відповідальність для пацієнтів, які здійснили кримінальну відповідальність по відношенню до медичного працівника (Додаток Б).

Для якісного розуміння безпечності професійної діяльності розроблений алгоритм звернення медичних працівників у випадку порушення прав під час роботи (Додаток В). Який передбачає взаємодію керівництва закладу охорони здоров'я, який перший отримує звернення працівника щодо здійснення проти нього правопорушення. На рівні й з ним захист інтересів медиків гарантує професійне об'єднання первинної профспілкової організації закладу охорони здоров'я, галузева профспілка, міська профспілка працівників охорони здоров'я, професійна спілка працівників охорони здоров'я України. У випадку здійснення серйозного правопорушення медики вправі звертатись за захистом своїх прав та інтересів за допомогою недержавних правозахисних організацій, юридичною підтримкою управління охорони здоров'я, міністерства охорони здоров'я, а також органів прокуратури. У разі незадоволення сатисфакцією, яку визначають перелічені інстанції й впевненості у правомірності доказів медичний працівник, проти якого здійснені протиправні дії отримує юридичний супровід у суді, зокрема в апеляційному та Верховному суді України (поетапно) та в уповноваженого Верховної Ради України прав людини, який виступає у ролі амбудармена. Завершальна інстанція, яка визначає дотримання

справедливого рішення у вирішенні питання правопорушення по відношенню до медичного працівника та є можливою для залучення в розгляді звернення це Європейський суд з прав людини [25, 62].

Практична реалізація дотримання такого алгоритму має місце тільки у випадку належного регулювання роботи кожної ланки на шляху розгляду та справедливого реагування на звернення.

В Україні не проводилась національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема на лікарів та медичних сестер. Лише в 2019 р. оприлюднені результати звіту підготовленого компанією ТОВ «Делойт енд Туш ЮСК», яка є частиною «Делойт Холдінгз Лімітед» та протягом 175 років здійснює діяльність у сфері управління ризиками, аудиту, консалтингу, за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки, за підтримки Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund», наданої від імені народу Великої Британії у рамках контракту № 72012118C00001 [1, 13].

Згідно даних звіту, співвідношення кількості медичних сестер до лікарів в Україні має тенденцію до зниження, зокрема через негативні темпи приросту кількості медичних сестер, і є нижчим за середньоєвропейський показник. В Тернопільській комунальній міській лікарні № 2: забезпеченість лікарями на 10 тис. населення до 23, забезпеченість середніми медичними працівниками на 10 тис. населення до 76, що вказує на тенденцію до дефіциту кадрів в сфері медичної допомоги, яка в свою чергу підсилює складність умов праці медиків та високий рівень відповідальності при виконанні професійних обов'язків. Проблема неукомплектованості посад часто вирішується внутрішнім сумісництвом, яке неминуче покладають додаткові об'єми роботи на працівників. На думку 82 респондентів справедливе фінансове заохочення компенсує перевантаження на робочому місці та доповнює відчуття задоволеності від реалізації своїх професійних здібностей через ефективну медичну допомогу пацієнтам, що співпадає з даними досліджень соціального захисту працівників, які працюють з особливо небезпечними інфекційними захворюваннями [21].

Наявна вітчизняна система стимулів та мотиваторів у закладах охорони здоров'я, яка включає такі практики:

- прямі фінансові стимули:

а) обов'язкові компенсаційні та стимулюючі надбавки і доплати (за особливі умови праці, кваліфікаційну категорію тощо);

б) прямі фінансові стимули за роботу в сільській місцевості;

в) стимулювання на основі критеріїв професійної ефективності (в комунальних некомерційних підприємствах та приватних лікувальних закладах);

г) стимулювання за наявність додаткових компетенцій (у приватних закладах охорони здоров'я);

- непрямі фінансові стимули:

а) оплата навчання, участі у професійних заходах;

б) переваги та пільги в галузі житлово-побутового обслуговування (здебільшого для медичних працівників у сільській місцевості);

в) вручення подарунків до ювілеїв, державних або професійних свят;

г) непрямі фінансові стимули за ініціативність та лідерство (у приватних закладах охорони здоров'я);

- не фінансові стимули:

а) гарантія зайнятості;

б) забезпечення задовільних умов праці;

в) визнання цінності роботи;

г) надання можливості для розвитку та вдосконалення.

Серед опитаних нами медичних працівників всі гарантовано отримують визначені законодавством прямі фінансові стимули щодо надбавок за роботу у сільській місцевості, особливі умови праці та кваліфікаційну категорію. 45 % опитаних вказують на стимулювання за додаткову компетенцію, а саме здобуті додатково навички, які підтверджені сертифікатами й дипломами та використовуються у професійній діяльності, що можливо до здійснення згідно з реструктуризацією в комунальне некомерційне підприємство, оскільки такі заклади фінансуються також поза межами кошторисних призначень статті

оплати праці та нарахувань. Участь у професійних заходах, що спрямована на підвищення професійної майстерності активно заохочується адміністрацією на думку 76 опитаних, що проявляється у організації навчальних семінарів та лекцій з попереднім плануванням актуальної тематики в контексті необхідності поглиблення обізнаності у певній низці питань. Серед опитаних тільки 36 % використовують пільги в галузі житлово-побутового обслуговування, всі ці медичні сестри працюють у сільській місцевості.

За даними анкетування всі медсестри працюють з розумінням поняття емпатії та альтруїзму, що свідчить про достатній освітній рівень в цих визначеннях. Проте слід зауважити, за даними національних соціологічних досліджень (КМІС, соціологічна група «Рейтинг»), у 2019 р. вперше за останні п'ять років зростає рівень задоволеності пацієнтів державними медичними послугами. Кожен п'ятий українець вважає, що якість державних медичних послуг в Україні впродовж останніх двох років покращилася, раніше таку думку висловлював кожен десятий [9].

Медичні сестри здобувають освіту рівня молодшого спеціаліста в медичних училищах та коледжах і далі не продовжують навчання. Наразі вища освіта (рівні бакалавра і магістра) не є офіційною вимогою для працевлаштування на посаду медичної сестри. Водночас в Україні поширюються програми підготовки медичних сестер рівня повної вищої освіти, бакалавра і магістра [63]. 5 % від загальної кількості респондентів у нашому дослідженні реалізували виявлене бажання продовжувати навчання до вищого рівня освіти.

Стратегічне планування перспектив розвитку медичного закладу із залученням медичних сестер та лікарів використовується рідко, 17 % медсестер вищої кваліфікаційної категорії вказують на обізнаність у питаннях розвитку закладу. Загальне бачення розвитку закладу в довгостроковій або середньостроковій перспективі у співробітників структурних підрозділів практично відсутнє, що не сприяє мотивації медиків до сприйняття роботи в медицині як стабільного й надійного заняття на тривалий час з гарантованим благополуччям в суспільстві. У результаті проведеного нами анкетування 82

респонденти не могли ствердно відповісти щодо обізнаності у питаннях перспективи розвитку лікувального закладу, що обґрунтовано урахуванням ступеня їх причетності до реалізації.

Медичний персонал визнає недостатнім рівень можливостей для медичної допомоги та лише частковою прозорість щодо якості, безпеки послуг й ціни, сподіваються на впровадження зручних, індивідуальних, узгоджених і доступних рішень у сфері охорони здоров'я. З огляду на те, що послуги охорони здоров'я набувають ознак повноцінного «товару», а витрати пацієнтів у межах моделі розподілу життєвих витрат збільшуються, підвищення якості лікування та обслуговування є сферою з високим потенціалом для координаційних змін, що безпосередньо пов'язано з якісною мотивацією та соціальним захистом працівників сфери охорони здоров'я як джерела престижу професії медика й допоможуть приймати зважені й обґрунтовані рішення.

Найбільшою проблемою вважається забезпечення виконання ст. 78 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», а також контролю за впровадженням «місцевих стимулів». Кілька законопроектів, що з 2008 року вносились до Верховної Ради України, мали на меті підвищити престижність професії через впровадження соціальних стимулів та гарантій. Однак ці законопроекти так і не були прийняті. Соціальні гарантії, такі як надбавки та доплати, мають досить малий розмір щоб дійсно підтримати медичних працівників та сприяти забезпеченню їх житлових та матеріальних потреб. Ще однією проблемою є покладення забезпечення більшості соціальних гарантій на місцеву владу, яка на сьогодні має досить невеликі статті доходів і немає належних фінансових можливостей. Окрім того, різні області України мають неоднакові можливості та потреби. Проте рівень забезпечення медичних працівників не повинен залежати від регіону, оскільки всі медичні працівники працюють на загальну державну мету, кою є охорона здоров'я громадян. Щодо фінансового забезпечення реалізації місцевих стимулів в державі необхідно впровадити систему державних дотацій задля збереження рівномірного розподілу медичних працівників по адміністративно-територіальним одиницям і з метою попередження їх необґрунтованої міграції.

Отже, стратегія спрямована на досягнення Україною мети здобуття рівня економічно розвиненої держави потребує серйозної роботи щодо економічного зростання та забезпечення механізмів і умов для створення матеріального та духовного добробуту населення, удосконалення захисту прав і свобод людини, демократизації всіх складових суспільного життя. Одним з важливіших аспектів цієї проблеми є синхронізація місця людини в системі державної політики є стан її соціального захисту та надання соціальних гарантій. Одним з головних маркерів соціального благополуччя нації є висококваліфікований з належною мотивацією та усвідомленням власної соціальної вартості медичний персонал.

Система оплати праці медичного персоналу, як основний фінансовий компонент соціального захисту медичних працівників повинна бути кардинально змінена оскільки без цих змін реформа в охороні здоров'я не може бути повноцінною. Належать до вирішення два складні завдання:

- 1) підвищення рівня винагородження лікарів та іншого медичного персоналу з тим, щоб підняти рівень престижу медичної професії, зменшити відтік кадрів з галузі;
- 2) створення стимулів до поліпшення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Для цього необхідно внести зміни до Умов оплати праці медичних працівників шляхом виділення двох складових заробітної плати:

1. Постійної, яка буде визначатися традиційно на основі єдиної тарифної сітки розрядів,
2. Змінної, яка базуватиметься на чітких і прозорих критеріях обсягу та якості виконаної роботи.

Як свідчить досвід інших країн, для залучення висококваліфікованих фахівців у первинну ланку та мотивації їх до виконання різноманітних і складних функцій, зокрема, великого обсягу профілактичної роботи, організації медичних маршрутів пацієнтів тощо, необхідним є забезпечення найбільш високого рівня їх оплати праці порівняно з іншими медичними професіями.

В Україні заробітна плата медичного персоналу залишається занадто низькою. Середній розмір заробітної плати по галузі значно нижчий, ніж в інших секторах економіки (порівняно з усіма галузями – в 1,6 раз; із зарплатою в промисловості – в 1,8 раз). Порівняно із сусідніми країнами Центральної та Східної Європи і навіть в країнах пострадянського простору рівень зарплати вищий в 5–10 разів. Оплата праці медичного та іншого персоналу проводиться на основі посадових окладів, які практично не диференціюються залежно від спеціальності і характеру виконуваної роботи. В переважній більшості випадків робота персоналу в установах охорони здоров'я оплачується лише за відпрацьований час, без реального врахування обсягів, якості і ефективності роботи того або іншого співробітника. Преміювання і встановлення будь-яких надбавок до зарплати, окрім доплати за часткове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційну категорію, що є обов'язковими, зустрічаються нечасто. Причиною цьому є дефіцит фінансування та відсутність чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до ефективнішої та якіснішої роботи. Такі рівні оплати праці не можуть привернути зацікавленість нових працівників і тим більше утримати кадри, особливо молоді, в системі охорони здоров'я. Як наслідок, останніми роками склалася ситуація, яка характеризується значними масштабами переходу медичних працівників до інших секторів економіки або еміграції, частіше до сусідніх європейських країн. Ще одним бар'єром для впровадження ефективніших форм організації оплати праці персоналу є недосконалість правових можливостей використання в медичних установах контрактної форми трудового договору. В той час як використання саме цього інструменту може стимулювати вироблення чітких критеріїв оцінки діяльності кожного працівника й потенційно забезпечить більш прозоре регулювання взаємних зобов'язань адміністрації і співробітників, у тому числі і щодо методів, і щодо підходів до оплати праці, яка є невід'ємною складовою фінансової стимуляції у системі соціального захисту медиків та потребує видатків в системі фінансування закладів охорони здоров'я (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Порядок фінансування закладів охорони здоров'я в Україні

Примітка. Складено автором на основі [64].

Запровадження професійного менеджменту є провідними напрямком перетворень у системі охорони здоров'я України, який полягає в першу чергу в функціонуванні механізмів соціального захисту для медичних працівників.

В Україні серед наукової і політичної еліти популярною є ідея надання медичним закладам більшої самостійності шляхом заміни господарського статусу закладу охорони здоров'я, що має назву автономізація медичних закладів та перетворення їх на державні, комунальні некомерційні підприємства. Головними аргументами на користь розширення меж самостійності медичних закладів є:

1) Створення нових стимулів та реалізація можливостей медичних організацій для раціонального господарювання: планування й організація господарської діяльності, а саме можливість перерозподілу коштів за різними скеруваннями витрат; керування людськими ресурсами, а саме планування кількості, набір персоналу та оплату його праці; управління матеріально-

технічними ресурсами, до яких належить кількість ліжок, інтенсивність їх використання, використання обладнання та приміщень;

2) Формування умов для розвитку конкуренції між виробниками медичних послуг у системі громадської охорони здоров'я, які потенційно будуть сприяти підвищенню ефективності використання ресурсів у системі надання медичних послуг.

Проте результати аналізу ефективності структурних перетворень у різних країнах Європи, свідчать, що попереднє надання закладам охорони здоров'я автономії перед тим, як завершено структурну реорганізацію може сповільнити темпи структурних перетворень стаціонарного сектору, оскільки отримання автономії надає адміністрації лікарні певні можливості протидіяти закриттю навіть неефективного закладу, в тому числі за допомогою впливових лікарів і місцевих урядових органів [17].

Послаблює соціальний захист медичних працівників недостатня увага в нормативних вимогах до швидкого розвитку медичної науки і технологій, що є часто надвисоким запитом до їх додаткових професійних навичок та недосконалою системою можливостей для отримання таких навичок. Охорона здоров'я належить до галузі економіки, яка в сучасному світі взаємопов'язана з впровадженням наукових і технологічних інновацій. Якщо технологічний розвиток призводить до реформації у загальній медичній практиці виникає необхідність відображення цих змін і у відповідних напрямках розподілу ресурсів. Чинні нормативні акти не в повній мірі враховують такі зміни і не забезпечують потрібного перерозподілу. Якщо не проводити перегляду нормативів при запровадженні кожної наступної інновації, що з практичної точки зору є важким у виконанні експертним процесом [65].

Всі заходи реформування системи охорони здоров'я разом зі зміною системи оплати праці, як фінансової складової соціального захисту, нададуть змогу зменшити інтенсивність міграційних процесів медичних працівників. Проблема дефіциту відповідно підготовлених управлінських кадрів є однією з найголовніших перешкод в напрямку реформування системи охорони здоров'я. Тому для реалізації впровадження реформ необхідним є формування кадрового

ресурсу професійних керівників органів і закладів охорони здоров'я, які володіють вміннями та навичками сучасного менеджменту в охороні здоров'я та поділяють ідеологію реформи.

З метою підготовки професійного управлінського персоналу здійснюється професійна магістерську підготовку за спеціальність «Менеджмент закладів охорони здоров'я».

2.2. Ефективність соціального захисту фармацевтичних працівників

Не можна переоцінити роль сумлінного виконання професійних обов'язків фармацевтичними працівниками для забезпечення охорони здоров'я українців.

Запорукою висококваліфікованої праці фармацевта є надійний соціальний захист цієї категорії працівників. Саме тому проблеми соціального захисту фармацевтичних працівників характеризуються актуальністю. Виробництво лікарських засобів в Україні виконують 143 підприємства, до яких належить 27 фармацевтичних фабрик й 13 виробників складників для виготовлення ліків. Номенклатура лікарських засобів, які виробляють в Україні, становить близько 4000 найменувань практично всіх терапевтичних груп препаратів. Протягом останніх 5 років щорічно у виробництво впроваджується більше 100 найменувань лікарських засобів, з яких 5% є принципово новими. У відповідності з вимогами належної виробничої практики (GMP), станом на 2020 рік сертифікати якості мають 23 виробничі ділянки 12 вітчизняних підприємств [32].

В основі соціального захисту лежать соціальні ризики, зокрема: тимчасова або тривала непрацездатність; трудове каліцтво; інвалідність; втрата годувальника; хвороба; вагітність і пологи; утримання дітей; старість; безробіття; малозабезпеченість з незалежних від людини обставини та ін. Отже, соціальні ризики – це такі події в житті людини, в результаті яких (в основному з незалежних від неї обставин) виникає небезпека втрати матеріальних коштів для задоволення першочергових (базових) потреб, необхідних для збереження та відтворення повноцінного життя як члена суспільства [5].

Напряом нашого дослідження серед спеціалістів фармації та працівників аптечних закладів України зумовлений метою визначення сучасного стану та наявних проблем соціального захисту працівників цієї сфери, як фахівців, що працюють в закладі охорони здоров'я. Об'єктом дослідження обрано інформацію, яку надали під час опитування працівники аптечних закладів Тернопільської міської комунальної лікарні №2, які є приватною форми власності з орендою приміщення.

Дослідженнями було охоплено 35 спеціалістів приватних аптечних закладів. Встановлено, що частота захворюваності спеціалістів фармації майже не відрізняється від загальних показників щодо статистичної звітності стосовно захворювань населення, особливо ця тенденція виявляється протягом 2020 року, адже, ця категорія працівників найбільш контактна з населенням, яке звертається з приводу розладів здоров'я по допомогу.

Проте спостерігається особлива структурність професійної захворюваності, що пов'язана з особливостями умов праці для провізора і фармацевта, яка повинна слугувати підставою для їх соціального захисту на робочому місці. Це дозволило виявити основні проблемні аспекти соціальної захищеності спеціалістів фармації у сучасних умовах.

Найбільшу стурбованість викликають аспекти, які мають розглядатись як соціальні ризики у професійній діяльності фармацевтів.

Найбільший вплив мають біологічні фактори – 60% випадків. До цієї групи належать інфекційні захворювання, однорідні з тією інфекцією, з якою працівники контактують під час роботи (контакт з хворими на грип та іншими заразними інфекціями, грип, ГРВІ, мікози шкіри, туберкульоз, ВІЛ-інфекція і т.п.).

Професійні алергози внаслідок впливу антибіотиків, вітамінів, хлораміну, миючих засобів, алергічних реакцій на лікарські засоби, трави, дезінфікуючі засоби виникають у 20 % випадків. Їх прояви – бронхіальна астма, алергічний риніт, кропив'янка, контактний дерматит тощо мають велику поширеність серед медиків.

Захворювання психоемоційного характеру (стрес внаслідок спілкування з хворими людьми, депресії та ін.) виникають у 6% випадків. При тривалому безпосередньому обслуговуванні хворих людей можуть розвиватися професійні неврози, які слугують загальним деструктивним фактором психологічного клімату в колективі [30].

Перевантаження окремих органів і систем організму внаслідок перебування в нерациональній позі чи необхідність постійного перебування у вимушеній робочій позі, що може призводити до хвороб опорно-рухового апарату. Виявлено у 3 % респондентів. Для даної категорії ризиків характерні такі профпатології такі як:

- варикозне розширення вен (одна з найпоширеніших скарг); серед професійних факторів, що впливають на його розвиток, мають значення: фізичне перенапруження, тривале статичне навантаження на спеціалістів фармації, що виконують роботу стоячи;
- дискінезія рук, яка розвивається в результаті тривалої монотонної роботи на тлі емоційної напруги;
- погіршення зору, яке пов'язане з напругою зору (наприклад, при роботі з комп'ютером) і може приводити до погіршення зорових функцій, щовиявляється в скаргах на відчуття розбитості, швидкого стомлення при читанні на близькій відстані, в болях ріжучого характеру в області очей, погіршенні зору, появі періодичного двоїння предметів та інше [33].

Вплив фізичних факторів, таких як шум, високі або низькі температури.

Дії цих фізичних факторів є причиною розвитку вегетативно-судинної дистонії. Ризик їх впливу з'ясований у 1 % опитаних співробітників аптек.

Згідно з визначенням ВООЗ (2001) «синдром вигорання» (burnout syndrome) – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, яке характеризується порушенням продуктивності в роботі і втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психотропних речовин з метою отримання тимчасового

полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності й навіть суїцидальної поведінки.

Ще однією гострою проблемою соціального захисту медичних працівників є ненормований, а частіше і подовжений робочий день. Так, робочий день може сягати більше 12 годин, і тоді ризики, яким піддані працівники закладів охорони здоров'я, проявляють себе частіше, особливо професійне «вигорання», що впливає на можливість до співчуття, як кваліфікаційної вимоги до медичних й фармацевтичних спеціалістів [31].

Тому досліджені аспекти соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників свідчать про необхідність перегляду нормативно-правових документів з цих питань та їх гармонізації до фактичних умов праці у галузі охорони здоров'я.

Фармацевтичним працівникам, які працюють на посаді зі шкідливими або небезпечними умовами праці у державних чи комунальних закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, надається 50-відсоткова знижка плати за користування житлом та комунальними послугами. Фармацевтичні працівники, які проживають і працюють у сільській місцевості мають право на безоплатне користування житлом з освітленням і опаленням за умови, якщо розмір наданих пільг у грошовому еквіваленті разом із середньомісячним сукупним доходом працівника за попередні шість місяців не перевищує величини доходу, який дає право на податкову соціальну пільгу. У порядку, визначеному.

Соціальна політика промислових фармацевтичних підприємств полягає у використанні послуг соціального характеру в організації та управлінні ними. Соціальна політика фармацевтичних підприємств передбачає створення таких умов праці та відпочинку для персоналу, за яких максимально реалізується їхній трудовий потенціал. Основи законодавства України про охорону здоров'я закріпили право фармацевтичних працівників на особливі умови соціального захисту і встановили систему державних гарантій здійснення цих прав. Виділення коштів на додаткові порівняно із законодавством трудові і соціально-побутові пільги для працівників здійснюється на підставі наказу

керівника фармацевтичного підприємства, відповідно до законодавства, установчих документів, колективного договору. У першу чергу переваги та пільги у сфері соціально-культурного та житлово-побутового обслуговування надаються працівникам, які успішно та сумлінно виконують свої трудові обов'язки. Працівники мають право вносити пропозиції щодо вдосконалення соціальної політики підприємства. Джерелом фінансування витрат на соціальний пакет є чистий прибуток лікувально-профілактичного закладу або фармацевтичного підприємства, що залишається після сплати всіх податків [44].

Необхідно в разі продовження фінансування більшості соціальних гарантій з місцевого бюджету внести зміни до порядку перерозподілу доходів в державі. Для впровадження місцевих стимулів варто запровадити національну програму, яка заклала б напрями та способи такого стимулювання, передбачила шляхи фінансування, стала б керівними вказівками для місцевої влади. Найбільша проблема – це забезпечення виконання ст. 78 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», а також контролю за впровадженням «місцевих стимулів». Кілька законопроектів, що з 2008 року вносились до Верховної Ради України, мали на меті підвищити престижність професії через впровадження соціальних стимулів та гарантій. Однак ці законопроекти так і не були прийняті.

Згідно законодавства посадові оклади (тарифні ставки) фармацевтичних працівників, встановлюються на основі Єдиної тарифної сітки у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. За рахунок власних коштів заклади охорони здоров'я можуть надавати фармацевтичним працівникам матеріальну допомогу для вирішення соціально-побутових питань, реабілітації після втрати працездатності тощо. Фармацевтичні працівники мають право на скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у передбачених законодавством випадках. Фармацевтичні працівники, забезпечуються харчуванням за місцем роботи за рахунок закладу охорони здоров'я та підприємства. У закладі охорони здоров'я мають бути створені умови, що унеможливають втручання сторонніх осіб у професійну діяльність фармацевтичних працівників, крім передбачених законодавством випадків. Фармацевтичні працівники забезпечуються охороною

на час виконання професійних обов'язків у випадках та в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. Обов'язкове страхування фармацевтичних працівників у передбачених законом випадках здійснюється за рахунок закладу охорони здоров'я, з відповідальністю й погодженням з його власником або підприємства на якому працює працівник. Охорона праці фармацевтичних працівників, здійснюється за визначеними законодавством України правовими, соціально-економічними, організаційно-технічними, санітарно-гігієнічними та лікувально-профілактичними нормами. Фармацевтичні працівники мають право на підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах. Стажування в Україні фармацевтичних працівників в обраному ними з урахуванням спеціалізації закладі здійснюється за рахунок держави. Пенсійне забезпечення фармацевтичних працівників, здійснюється відповідно до законодавства України з питань пенсійного забезпечення з урахуванням особливостей, визначених Законом, іншими нормативно-правовими актами. При цьому, стаж роботи фармацевтичних працівників, які працювали у сільській місцевості (селища, села) чи на посаді зі шкідливими або небезпечними умовами праці у державних чи комунальних закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, розраховується як півтора місяця за один місяць фактичної роботи. Фармацевтичний працівник має право на пільгове отримання житла та встановлення телефону.

Фармацевтичні працівники мають право на безоплатне отримання у власність наданого їм у користування службового житла, якщо його безперервний стаж роботи за фахом становить не менше 15 років. Фармацевтичні працівники мають право на першочергове, безоплатне одержання у власність земельної ділянки в межах земельної частки (паю) члена сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи, організації, розташованих на території відповідної ради, із земель сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи, організації, що приватизуються, або земель запасу чи резервного фонду, але не більше норм безоплатної передачі земельних ділянок громадянам,

встановлених законом для ведення особистого селянського господарства, крім осіб, які раніше набули право на земельну частку, земельні ділянки для ведення особистого підсобного господарства чи для ведення особистого селянського господарства, за винятком випадків успадкування права на земельний пай, земельні ділянки для ведення особистого підсобного господарства чи для ведення особистого селянського господарства відповідно до закону.

Окрім прав, які задекларовані у вітчизняному законодавстві працівники закладів охорони здоров'я мають відповідні обов'язки, які зазначені у Статті 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я дотриманню універсальних принципів персоналістичної моделі біоетики в сфері медичних послуг у державі. Медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані [66]:

а) сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу;

б) безплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;

{Пункт "б" частини першої статті 78 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5081-VI від 05.07.2012}

в) поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя;

г) дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;

д) постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;

е) надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я.

Медичні та фармацевтичні працівники виконують також інші обов'язки, передбачені законодавством для дотримання принципів поваги прав і гідності особистості, поваги до індивідуальної автономії, інформованої згоди, конфіденційності, компетентності, милосердя та справедливості.

Усі працівники закладів охорони здоров'я мають право на та на належні умови професійної діяльності, які гарантовані Конституцією України від

28.06.1996 р. [стаття 43 (ч. 4)]: «Кожен має право на належні, безпечні та здорові умови праці...»; Кодексом законів про працю України від 10.12.1971 р. [статті 2 (ч. 2), 153–155]: «Працівники мають... право на здорові та безпечні умови праці...» (ч. 2 ст. 2), «На всіх підприємствах, в установах, організаціях створюються безпечні і нешкідливі умови праці. Забезпечення безпечних і нешкідливих умов праці покладається на власника або уповноважений ним орган» (ст. 153); Кримінальним кодексом України від 05.04.2001 р. [стаття 172]; Кодексом України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 р. [стаття 41]: «Порушення вимог законодавства про працю та про охорону праці: Порушення чи невиконання зобов'язань щодо колективного договору, угоди особами, які представляють власників або уповноважені ними органи чи профспілки або інші уповноважені трудовим колективом органи, чи представниками трудових колективів - тягне за собою накладення штрафу від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.» (ч. 2 ст. 41); Основами законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. [статті 5, 6 (п. «г»), 77 (п. «б»)]. У ст. 6 Закону закріплено право на охорону здоров'я, що включає, серед інших, право на безпечні й здорові умови праці. «Медичні працівники мають право на належні умови професійної діяльності» (п. «б» ст. 77).

Безумовно, профспілка є потужним інструментом правового захисту співробітників, однак не завжди профспілки ефективно здійснюють представництво та захист трудових, соціально-економічних прав та інтересів працівників [67].

Законодавче регулювання діяльності профспілок визначено Законом України «Про громадські об'єднання», Законом України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності», Кодексом законів про працю України.

Законодавством визначено, що роботодавець, у разі коли працівники є членами профспілки, має взаємодіяти із профспілкою щодо питань, пов'язаних із:

- 1) проведенням надурочних робіт на підприємстві;
- 2) черговістю надання відпусток, перенесенням щорічної відпустки;

3) запровадженням, заміною і переглядом норм праці тощо.

Окрім того, роботодавцю необхідно погоджувати з профспілковим органом для працівників, які є членами виборних профспілкових органів:

- 1) зміну умов трудового договору;
- 2) зміну умов оплати праці;
- 3) притягнення до дисциплінарної відповідальності.

Даний перелік обмежень для роботодавця, у разі перебування працівників у профспілках, не є вичерпним. Виходячи із вищевикладеного, профспілкам надано чимало контрольних повноважень, з якими має рахуватися роботодавець. Існування сьогодні профспілкової організації в закладі охорони здоров'я змушує топ-менеджмент детально продумувати свої рішення. Відсутність профспілкової організації на підприємстві або відсутність інформації про її існування перешкоджає вирішенню питань соціального захисту [29].

Попри збільшення питомої ваги видатків на оплату праці медичних та фармацевтичних працівників у загальному бюджеті з 63,1% у 2000 році до 72,4% у 2005 році, зростання середньої заробітної плати із 139 грн. в 2000 році до 519 грн. у 2005 році відсоток зарплати фармацевтів у відношенні до середньої зарплати у промисловості зріс з 46% у 2000 році всього до 54% у 2005 році. Це свідчить про суттєве порушення державою статті 77 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я”, яка передбачає встановлення у державних закладах охорони здоров'я посадових окладів на рівні не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості.

Держава продовжує ігнорувати необхідність врегулювання міжгалузевих диспропорцій в оплаті праці. Існуючий розмір заробітної плати фармацевтів не забезпечує їх соціально-економічного захисту, що надзвичайно негативно відображається на функціонуванні системи охорони здоров'я в цілому. Система винагород за працю не задовольняє навіть базові (первинні) потреби фармацевтів. Кількість медпрацівників, невдоволених рівнем власного добробуту, за різними дослідженнями, коливається в межах від 80 до 90 відсотків і щорічно має тенденцію до збільшення. Це, в свою чергу, призводить

до того, що фармацевтичні працівники змушені витратити значну частину свого часу на додатковий підробіток, часто не пов'язаний з медициною, що призводить до уповільнення професійного росту та зниження кваліфікованості фармацевтичних працівників.

Низький рівень заробітної плати негативно відбивається і на подальшому пенсійному забезпеченні фармацевтичних працівників, що значно зменшує їх соціальну захищеність. У зв'язку з цим молоді та кваліфіковані спеціалісти виїжджають на роботу за кордон, що призводить до неуккомплектованості фарм підприємств, зменшення їх можливостей, знижує рівень якості надання медичної допомоги та деморалізує фармацевтичний персонал. Недаремно сьогоднішня ситуація в системі охорони здоров'я України майже одноголосно характеризується і населенням, і спеціалістами, як кризова. Найнебезпечнішими елементами кризи можна вважати небажання значної частини медиків залишатися у медицині та їх безвідповідальність у виконанні своїх професійних обов'язків.

2.3. Наслідки недостатньої соціальної захищеності медичних працівників

В сучасному світі Україна обрала політику спрямовану на імплементацію європейських норм в українське законодавство, що надасть можливість стабілізувати економічну ситуацію, створити умови нормативно-регуляторної бази та зміцнити соціальний захист медиків, шляхом створення високого рівня якості життя їх в державі.

Поліпшення соціального захисту працівників сфери охорони здоров'я впровадженням ефективних програм, сприяє покращенню умов життєдіяльності медиків і стабілізує сферу охорони здоров'я та суспільство в цілому. Соціальний захист має системний характер - у вигляді юридично встановлених постійних грошових виплат, компенсацій з державного або місцевого бюджетів і періодичний - у вигляді одноразової грошової або матеріальної допомоги з різних фондів або окремих осіб, тощо [14].

Розвиток України в сучасних умовах потребує орієнтуватися на європейські стандарти, будувати соціально - економічну політику держави та дії уряду її реалізації спрямований на покращення рівня життя. Соціальний захист в якому медики надійно захищені, це впевнений крок для досягнення процвітання країни та її системи охорони здоров'я. Питання соціального захисту медичних працівників на шляхах розвитку євроінтеграційних процесів є дуже актуальним, від нього залежить рівень життя та добробуту суспільства, духовне, матеріальне, соціальне благо, які впливають та стимулюють до професійної мотивації та високого іміджу працівників закладів охорони здоров'я [15].

З трьох суб'єктів складається структура соціального захисту: держава, юридичні особи і громадяни. Відповідно до призначення заходів формується структура системи соціального захисту (Рис. 2.3):

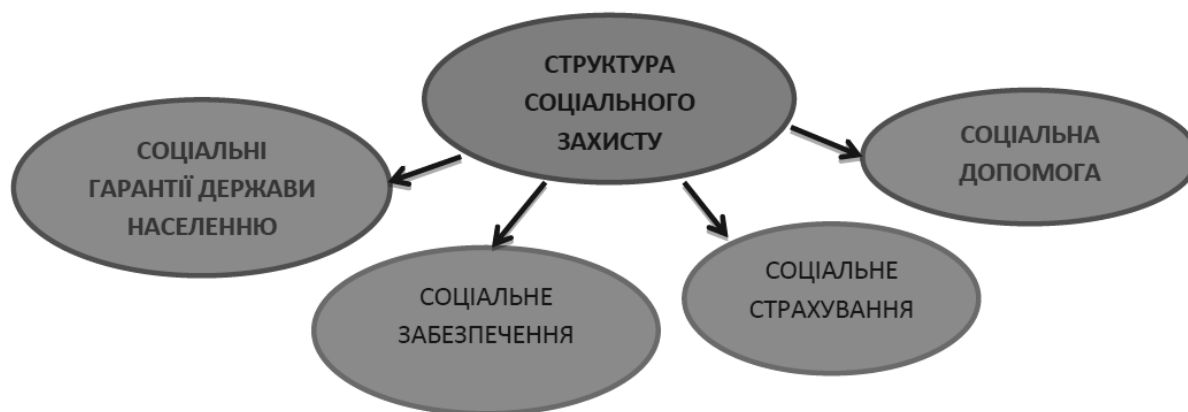


Рис 2.3. Структура системи соціального захисту

Примітка. Наведено автором за [3].

Одним з найважливіших чинників, який негативно впливає на ефективність використання ресурсів в системі охорони здоров'я в Україні є розподіл між різними бюджетами (державним, обласними, районними та бюджетами міста) відповідальності за фінансування лікувально-

профілактичних закладів різного рівня. Основним наслідком цього є те, що надання соціального захисту медикам є слабо координованим. Будучи підпорядкованими органам влади різного рівня, медичні заклади мають недостатньо стимулів для узгодження своєї діяльності окрім того щоб надавати пріоритет інтересам пацієнтів також визначати важливість соціальних гарантій для медичних працівників. Таким чином, проблеми й недоліки діючої на сьогодні в Україні системи фінансування сфери охорони здоров'я полягають в наступному [28]:

Недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я, яке проявляється значними особистими видатками громадян на медичні послуги, які не мають кореляційного зв'язку із зростанням рівня задоволення потреб медичних працівників.

Відсутність визначеного законодавством та нормативно-правовими актами переліку послуг, які повинні надаватись громадськими закладами охорони здоров'я безоплатно при наявному рівні фінансування цих закладів.

Відсутність взаємозв'язку між фінансуванням громадських закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їх роботи.

Неможливість ефективного керівництва обмеженими ресурсами в умовах існуючої системи фінансування громадських лікувально-профілактичних закладів згідно зі статтями видатків.

Фінансування лікувально-профілактичних закладів відмінних рівнів з бюджетів різних рівнів, що є додатково ускладнює координацію надання допомоги та соціальні гарантії для працівників закладів охорони здоров'я.

Важливе місце займає в системі соціальних гарантій для медичних та фармацевтичних працівників перспектива соціального захисту щодо пенсійного забезпечення. Постановою Кабінету Міністрів України від 24.06.2016 р. № 461 передбачено право на пільгове пенсійне забезпечення деяким категоріям медичних працівників. Відповідно до Списків № 1 і 2 виробництв, робіт, професій, посад і показників зайнятості в яких дає право на пенсію за віком на пільгових умовах, затверджених Постановою № 461 право на відповідну пенсію мають лікарі-рентгенологи, а також лікарі, рентген-лаборанти, молодші

спеціалісти з медичною освітою зайняті у відділеннях інтервенційної радіології, молодші спеціалісти з медичною освітою рентгенівських відділень (кабінетів), медичні і фармацевтичні працівники, які заразилися під час виконання службових обов'язків вірусом імунодефіциту людини, молодші медичні сестри патологоанатомічних бюро, центрів, відділень, прозекторських, моргів, працівники, які безпосередньо обслуговують хворих у туберкульозних та інфекційних закладах, у лепрозоріях, у психіатричних (психоневрологічних) лікувально-профілактичних закладах, у будинках-інтернатах для психічно хворих, дитячих будинках-інтернатах для розумово відсталих дітей системи соціального захисту населення, у підземних лікарнях, розташованих у відпрацьованих соляних шахтах, в опікових і гнійних відділеннях, в онкологічних закладах, у рентгенівських відділеннях (кабінетах). Підтвердження права на пільгову пенсію медичним працівникам за Списками буде здійснюватись при віднесенні робочих місць працівників до категорії зі шкідливими умовами праці за результатами атестації умов праці на робочому місці. Віднесення робіт до категорії із шкідливими і важкими умовами праці та визначення права працівників на пільги і компенсації за роботу в цих умовах здійснюється на підставі результатів атестації відповідних робочих місць за умовами праці, яка проводиться згідно з Порядком проведення атестації робочих місць за умовами праці, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 01.08.1992 р. № 442. Отже, відповідно до листа Міністерства соціальної політики України від 12.08.2014 р. № 356/13/116-14, враховуючи особливий характер праці медичних працівників установ охорони здоров'я та соціального захисту населення при проведенні атестації робочих місць в цих установах може застосуватись Інструкція, затверджена заступником Головного державного експерта з умов праці України та заступником Головного державного санітарного лікаря України (лист Мінпраці від 05.05.95 р. № 06-1544 і МОЗ від 17.05.95 р. № 5.05.08-370), згідно з якою атестація відповідних робочих місць проводиться комісійно, без проведення санітарно-гігієнічних досліджень. Згідно з цією Інструкцією атестаційна комісія установи, виходячи із кваліфікаційних характеристик професій (посад) медичних працівників,

передбачених відповідним Довідником (випуск 78 «Охорона здоров'я»), або посадових інструкцій на кожне конкретне робоче місце або на групу аналогічних робочих місць, визначає характерні шкідливі фактори, які впливають на працюючого, час роботи в цих умовах (тривалість дії факторів упродовж робочого часу) та складає протокол. На підставі цього протоколу атестаційна комісія приймає рішення про підтвердження або не підтвердження права на пільгове пенсійне забезпечення.

Перелік робочих місць, професій і посад з пільговим пенсійним забезпеченням працівників після погодження з профспілковим комітетом затверджується наказом по закладу охорони здоров'я і зберігається протягом 50 років.

Створення дієвої системи соціальних гарантів для медиків вимагає поєднання кількох методів, дуже важливим є завдання ефективної координації, інтеграції забезпечення соціального захисту загальній системі охорони громадського здоров'я. Впровадження програм соціального захисту є клініко-економічним поняттям, оскільки при його здійсненні не може не прийматись до уваги фактична наявність ресурсів. У ситуаціях, коли кількості і якості наявних ресурсів можуть змінюватись також взаємопов'язано змінюються й шляхи інтеграції. Менеджери інтегрованої системи охорони здоров'я шукають відповіді на принципові питання, які не є специфічними для інтегрованої системи надання послуг.

Одним із найбільш ефективних шляхів реформування галузі охорони здоров'я, особливо в умовах економічної кризи, коли фінансування цієї галузі з бюджету для держави є непосильним є державне та приватне медичне страхування.

Вирішення проблем професійного захисту медичних працівників, гідної оплати їх праці та сприяння розвитку нових відносин в охороні здоров'я виявляється можливим на основі нових форм і методів розрахунків за надані медичні послуги на цивільно-правових засадах, за участю страхового посередника в умовах медичного страхування.

Висновки до розділу 2.

Проведені дослідження довели, що серед проблемних аспектів соціального захисту спеціалістів сфери медицини та фармації підвищену стурбованість викликають професійні захворювання. Їх прояв через ризики впливу підтверджує необхідність розробки і впровадження у діяльність аптечних закладів комплексу заходів з підвищення рівня соціальної захищеності спеціалістів фармації з урахуванням фактичних умов їх праці.

Соціальні послуги для медичних працівників Україні здатні пройти через міжнародну економічну кризу без трансформації природних характеристик соціального захисту тільки в умовах гарантування доходів, що забезпечують захист медиків на всіх етапах життя, можливостей здобувати якісну освіту та отримувати якісні послуги з охорони здоров'я в умовах дотримання принципів справедливого розподілу та професійного управління в сфері охорони здоров'я.

Встановлено, що особливо проблемним аспектом соціального захисту є упередження професійного вигорання спеціалістів шляхом перегляду вимог до умов їх праці.

Важко переоцінити значення належного рівня оплати праці. Принцип державного гарантування встановлених професійних прав та пільг потребує створення реального юридичного механізму його здійснення. Має бути конкретно визначено у відповідних нормах, у яких випадках, за яких умов держава бере на себе фінансування встановлених відповідних пільг. При цьому має бути визначено розмір покриття і конкретні зобов'язання суб'єкти, тобто, відповідні органи держави.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ, ЯК ГАРАНТІЯ ВМОТИВОВАНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Вплив реформування охорони здоров'я на систему соціального захисту медичних працівників

Неефективним при реформуванні системи фінансування охорони здоров'я вважається підхід, при якому з бюджетних коштів покриваються господарські і капітальні витрати. У ситуаціях, коли місцеві органи влади утримують лікувально-профілактичні заклади, купують для них недорогої медичну техніку, що впливає на якість медичної послуги та прогнозовані витрати на утримання в належному технічному стані медичного обладнання невисокої якості. При цьому всі інші складові надання медичних послуг оплачуються зі страхових фондів. Це в свою чергу впливає на ергономічний стан та соціальний захист працівників сфери охорони здоров'я. Рішення проблеми подібними шляхами призводить до консервації й затермінування неефективної структури медичних послуг. Знижується мотивація до ефективного й обережного використання матеріальних та енергетичних ресурсів, оскільки відповідні витрати не включаються в тарифи на послуги.

Соціальна політика покликана вирішувати взаємозалежні проблеми:

1. забезпечувати стабільність суспільного життя, що належить до функції стабільності;
2. створювати необхідні умови для розвитку суспільства та його інститутів, тобто сприяти адаптації суспільства до нових зовнішніх і внутрішніх викликів, що має назву функція розвитку);
3. створювати систему соціального захисту, яка орієнтована на ринковий контекст для людей, які не здатних з об'єктивних причин на рівних з іншими конкурувати на ринку праці, що називається функцією захисту.

Всі вказані функції державної соціальної політики у сфері охорони здоров'я можуть бути реалізовані за допомогою запровадження досліджуваного

виду страхування професійної відповідальності. Компетенція товариств взаємного страхування стане підставою реалізації функції стабільності у правовідносинах “медичний працівник – пацієнт –фармацевтичний працівник”. Створення органів, які здатні здійснювати фахову оцінку якості наданої медичної допомоги та неупереджене розв’язання спорів між різними суб’єктами медичної допомоги – товариств взаємного страхування професійної відповідальності медичних та фармацевтичних працівників, буде сприяти розв’язанню юридичних конфліктів між лікарями та пацієнтами, відігравати роль арбітрів у процедурах досудового розгляду спору.

Страхування професійної відповідальності медичних (фармацевтичних) працівників характеризується.

1. Солідарним характером накопичення та розпорядження коштами, участь у процесі страхування медичних (фармацевтичних) працівників в подвійній й одночасній якості страхувальників та страховиків. Солідарний характер дозволяє акумулювати кошти широкого кола закладів медичної допомоги на випадок завдання шкоди життю чи здоров’ю пацієнта, який є споживачем медичної допомоги.

2. Корпоративним або професійним характер відповідальності як основою страхового відшкодування.

Створення та діяльність товариств взаємного страхування професійної відповідальності медичних (фармацевтичних) працівників повинно визначатися не тільки нормами законодавства України щодо належної медичної (фармацевтичної) практики, а й у визначній ролі етико-правовими вимогами щодо всіх стадій процесу надання медичної допомоги та медичної інформації. Тому в основу прийняття рішень керівними органами товариства взаємного страхування буде покладено незаангажовану фахову оцінку дій лікаря (фармацевта) колегами професіоналами, які формують експертну комісію. Пошуки ефективних механізмів гарантування професійних прав медичних і фармацевтичних працівників є актуальними сьогодні й залежними від багатьох чинників. Перспективи запровадження в Україні загальнообов’язкового державного соціального страхування та механізмів управління якістю медичної

допомоги, зростання обізнаності пацієнтів щодо власних прав, функціонування бюджетних закладів охорони здоров'я в умовах недостатнього фінансування є важливими проблемами у реалізації механізмів соціального захисту медичних працівників. Ці обставини спонукають до пошуків ефективних організаційно-правових механізмів захисту не тільки майнових і професійних прав та інтересів медичних і фармацевтичних працівників, які надають фахові послуги, а також особистих прав пацієнтів, які споживають медичні послуги. Відповідно прийняття та впровадження Закону України про страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників є незаперечним пріоритетом державного управління у сфері охорони здоров'я. Перспективи подальших наукових досліджень визначаються необхідністю опрацювання комплексу теоретичних і практичних проблем, пов'язаних із запровадженням в Україні досліджуваного виду страхування, зокрема: створення товариств взаємного страхування, їх повноваження та порядок діяльності; особливості державного управління у сфері добровільного та обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних та фармацевтичних працівників; управлінські відносини в системі обов'язкового страхування професійної відповідальності.

Значна частина пільг, соціальних та компенсаційних виплат, передбачених у чинному законодавстві, не виконують функції пом'якшення негативних наслідків економічних перетворень в Україні для найбільш соціально незахищених категорій населення, а запроваджуються, виходячи з політичних декларацій, і спрямовані на встановлення додаткових соціальних гарантій та преференцій для певних соціальних груп. Діюча система пільг, соціальних та компенсаційних виплат, а також соціальних послуг характеризується розрізненістю підходів до визначення підстав і критеріїв, за наявності яких виникає право на соціальний захист, а також механізмів та форм соціального захисту. Так, в Україні одночасно зберігають актуальність застарілі пострадянські та впроваджуються новітні європейські підходи до розвитку системи соціального захисту та соціального забезпечення. Серед усіх форм соціального захисту, які сьогодні використовуються в Україні, домінуюча роль

належить пільгам та соціальним виплатам. Такі заходи соціального захисту відтворюються від одного законодавчого акту до іншого, але здебільшого є неадресними і недостатньою мірою виконують функцію соціального захисту та соціальної підтримки найбільш соціально незахищених категорій населення. На відміну від розвинутих країн світу, в Україні пільги використовуються не лише для соціальної підтримки малозабезпечених чи інших соціально незахищених категорій населення: багато пільг встановлено для громадян, які мають певні заслуги перед країною, або ж для заохочення зайнятості в окремих сферах чи в деяких галузях економіки. Більшість встановлених чинним законодавством пільг, соціальних та компенсаційних виплат мають суто декларативний характер, і їх фінансування за рахунок коштів державного бюджету чи державних цільових позабюджетних фондів або ніколи не здійснювалося, або здійснювалося в недостатньому обсязі чи несистематично [68]. В рамках чинного законодавства у сфері соціального захисту та соціального забезпечення деякі громадяни безпідставно користуються певними видами пільг та отримують соціальні виплати, оскільки державі складно контролювати надання соціальної підтримки за такої кількості її видів та одержувачів. ці прикрі випадки спостерігаються й серед медичних працівників. Така непрозорість діючої системи дозволяє громадянам безкарно користуватися окремими заходами соціального захисту з боку держави, не маючи для того достатніх підстав. Соціальні потреби найбільш соціально незахищених категорій населення в Україні задовольняються недостатньою мірою: високий рівень бідності, особливо у сім'ях із дітьми та сім'ях з інвалідами або непрацюючими особами працездатного віку, свідчить про недостатню ефективність механізмів соціальної підтримки з боку держави найбільш соціально незахищених категорій населення. Система передбачених чинним законодавством пільг, соціальних та компенсаційних виплат, соціальних послуг значною мірою не співвідноситься з діючою системою бюджетного фінансування, яка в основному ґрунтується на підході зумовленому математичним обрахунком за формулами, що не здатен врахувати реальні потреби в матеріальному

забезпеченні соціально незахищених категорій медичних працівників, а також реальної вартості пільг та послуг [69].

На завершення, для того, щоб ще раз продемонструвати подібність задач, які доведеться вирішувати в Україні при різних варіантах розвитку системи фінансування галузі охорони здоров'я, приводиться наступна порівняльна таблиця 3.1.

Таблиця демонструє, що успіх реформування галузі охорони здоров'я залежить не стільки від того, буде чи не буде в Україні запроваджено обов'язкове медичне страхування, скільки від реформування системи взаємовідносин між розпорядниками громадських фондів (будь то місцева влада чи фонд медичного страхування) та роботодавцям у сфері медичних послуг, які уособлюються керівництвом медичних закладів та самими медиками, які формують кадровий потенціал галузі й є підґрунтям до розвитку охорони здоров'я й визнання її відповідності світовим стандартам.

Таблиця 3.1.

Задачі сфери охорони здоров'я при різних системах фінансування

Задачі	Бюджетна система	Система обов'язкового медичного страхування	Змішана система
Розділення функцій фінансування і надання медичної допомоги;	Так	Так	Так
Запровадження контрактної системи закупівлі послуг (прив'язка оплати послуг до їх кількості і якості)	Так	Так	Так
Запровадження прозорих механізмів визначення пріоритетів	Так	Так	Так
Розробка пакету послуг, щонадаються зарахунок громадських коштів	Так	Так	Так
Перетворення закладів охорони здоров'я бюджетних організацій в автономних економічних суб'єктів	Так	Так	Так

Примітка. Наведено автором за [70].

Отже, доцільніше виділяти деяку частку бюджетних коштів для закупівлі дорогого обладнання, придбання якого потребує централізованого планування,

для освітніх і наукових програм, капітального ремонту і фінансування лікування вузького кола соціально небезпечних захворювань, таких, наприклад, як актуальний у сьогоднішній день COVID-19.

3.2. Перспективні підходи щодо соціального захисту медичних працівників в умовах пандемії COVID-19

В зону високого ризику професійної патології с сучасній охороні здоров'я опинились медичні працівники всіх видів відповідальності, які працюють в практичній медицині, оскільки вони в першу чергу масово контактують з хворими на різні захворювання людьми й потребують високих гарантій безпеки на робочому місці та соціальних гарантій у випадку виникнення захворювання.

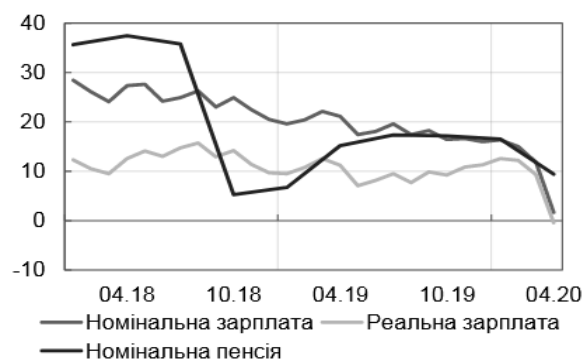
Отже, особливої уваги у вирішенні проблеми якісного соціального захисту заслуговує реформування системи соціальних гарантій, оскільки очевидний занепад мотивації медиків в роботі у сучасних надзвичайно-складних умовах та не безлімітний альтруїзм, який слугує чи не єдиним джерелом натхнення, що притаманний особистісним індивідуальним якостям кожного професійного медика.

В своїй доповіді заступник директора Департаменту, начальник управління економічного аналізу департаменту монетарної політики та економічного аналізу Національного Банку України висвітлює дані щодо зменшення номінальної заробітної плати в тому числі в галузі охорони здоров'я під час карантину попри загальне визнання у всіх прошарках суспільства вкрай важливого соціального значення медиків. Пенсії ж надалі зростали порівняно високими темпами завдяки збільшенню соціальної підтримки з боку держави (Рис. 3.3.).

В умовах пандемії COVID-19 медичні працівники повинні мати належний захист у боротьбі з інфекцією. Адже саме вони на “передовій” і від них залежить надання медичної допомоги пацієнтам. Згідно з п. “б” ч. 1 ст. 77 Основ медичні та фармацевтичні працівники мають право на належні умови професійної діяльності. Так, відповідно до ст. 153 Кодексу законів про працю України на всіх підприємствах, в установах, організаціях створюються безпечні

і нешкідливі умови праці. Власник або уповноважений ним орган повинен, зокрема забезпечувати санітарно-гігієнічні умови, що запобігають виникненню професійних захворювань працівників.

Реальна заробітна плата штатних працівників та пенсія (на початок місяця), % р/р



Заробітна плата за видами діяльності, % р/р

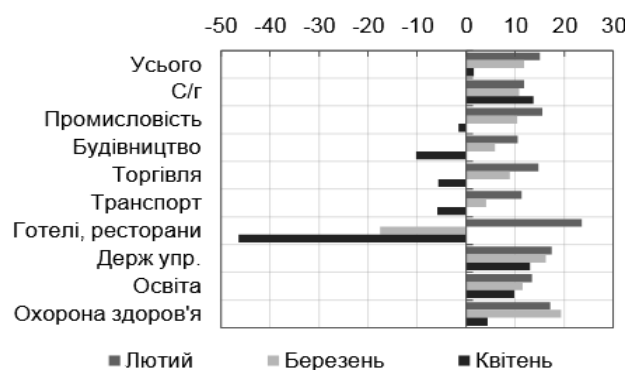


Рис. 3.3. Динаміка номінальних зарплат медичних працівників

Примітка: Наведено автором на основі даних ДССУ, розрахунки НБУ [71].

Власник або уповноважений ним орган не вправі вимагати від працівника виконання роботи, поєднаної з явною небезпекою для життя, а також в умовах, що не відповідають законодавству про охорону праці. Відзначимо, що медичний працівник при порушенні його права на безпечні та нешкідливі умови праці має право: відмовитися від дорученої роботи, якщо створилася виробнича ситуація, небезпечна для його життя чи здоров'я або людей, які його оточують, і навколишнього середовища; розірвати трудовий договір за власним бажанням, якщо роботодавець не виконує законодавства про охорону праці, не додержується умов колективного договору з цих питань. Відповідно до ст. 39 Закону України “Про захист населення від інфекційних хвороб” захворювання на інфекційні хвороби медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб (надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби, роботи в осередках інфекційних хвороб тощо), належать до професійних захворювань. Зазначені працівники державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ підлягають

обов'язковому державному страхуванню на випадок захворювання. Якщо фарм працівники вважають, що умови їхньої роботи загрожують їх здоров'ю чи здоров'ю людей, які їх оточують, а роботодавець не слідує нормам законодавства про охорону праці, вони мають право: відмовитись від дорученої роботи. Звернутися з заявою до відділу охорони праці вашого закладу охорони здоров'я. Фахівці цього відділу разом з представником профспілки й уповноваженим трудового колективу мають дослідити і підтвердити цей факт. За цей період за фарм працівником зберігається середній зарібок (ст. 6 Закону України "Про охорону праці"); розірвати трудовий договір за власним бажанням. У цьому випадку працівникові виплачується вихідна допомога в розмірі, передбаченому колективним договором, але не меншому за тримісячний зарібок (ч. 3 ст. 38, ст. 44 Кодексу законів про працю України). Також вони мають право звернутися до:

- 1) адміністрації медичного закладу для отримання роз'яснень, інформації щодо обставин порушених прав та отримати відповідь у письмовому вигляді у встановлений законом термін;
- 2) професійної спілки (у разі її утворення), до завдань якої, зокрема належить представництво інтересів працівників у взаємовідносинах з адміністрацією медичного закладу, іншими органами та установами, нагляд за дотриманням законодавства про працю;
- 3) територіального органу Державної служби України з питань праці, що займається наглядом за дотримання роботодавцем норм з охорони праці й безпечних умов праці;
- 4) правоохоронних органів, якщо вони постраждали від адміністративних чи кримінальних правопорушень;
- 5) суду за захистом своїх порушених прав на інфекційну хворобу в порядку та на умовах, встановлених Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до статті 39 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» Кабінет Міністрів України прийняв постанову від 17 червня 2020 року № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням

гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2», яка гарантує фінансові стимули, що співставлені за розмірами з потребами у задоволенні потреб медика та членів його родини та повинні убезпечити від несправедливості й мотивувати медиків до щоденного виконання професійних обов'язків на належному рівні.

Верховна Рада 07.05.2020 ухвалила закон №3380, що підвищує соціальний захист медиків, які працюють з інфікованими коронавірусом COVID-19. Згідно з документом, медичні працівники, які перебувають на самоізоляції через роботу з хворими на коронавірус, мають отримувати 100% заробітної плати, незалежно від страхового стажу [72].

Порядок здійснення страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та визначення їх розмірів.

Цей Порядок визначає механізм надання Фондом соціального страхування України страхових виплат медичним працівникам державних і комунальних закладів охорони здоров'я у разі їх захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, та членам їх сімей у разі смерті медичного працівника внаслідок інфікування такою хворобою, передбачених статтею 39 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», а також розміри таких страхових виплат.

У разі встановлення медичному працівникові групи інвалідності та ступеня втрати працездатності протягом одного календарного року внаслідок захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, що настало під час виконання професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження, разово проводиться виплата: у 400-кратному розмірі прожиткового мінімуму для працездатних осіб, встановленого на 1 січня календарного року, — для осіб з інвалідністю I групи; 350-кратний розмір прожиткового мінімуму для працездатних осіб, встановленого на 1 січня календарного року, — для осіб з інвалідністю II групи; 300-кратний розмір прожиткового мінімуму для працездатних осіб,

установленого на 1 січня календарного року, — для осіб з інвалідністю III групи.

У разі смерті медичного працівника, що настала внаслідок його інфікування гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, під час виконання професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження, членам сім'ї, батькам, утриманцям померлого медичного працівника (далі — особи, які мають право на виплату) проводиться виплата в розмірі 750-кратного розміру прожиткового мінімуму для працездатних осіб, установленого на 1 січня календарного року.

Члени сім'ї та батьки померлого медичного працівника визначаються відповідно до Сімейного кодексу України.

Утриманцями померлого медичного працівника, які мають право на виплату, відповідно до цього Порядку є:

діти, на утримання яких померлий медичний працівник виплачував або був зобов'язаний виплачувати аліменти;

непрацездатні особи, які не перебували на утриманні померлого медичного працівника, але мають на це право відповідно до законодавства.

У разі відсутності документів, що підтверджують належність до складу сім'ї померлого медичного працівника або перебування на його утриманні, статус члена сім'ї або факт утримання встановлюється в судовому порядку.

Факт смерті медичного працівника з причин, пов'язаних з інфікуванням медичного працівника гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, під час виконання професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження, встановлюється комісією із спеціального розслідування, що проводиться відповідно до Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 квітня 2019 р. № 337 (Офіційний вісник України, 2019 р., № 34, ст. 1217), та оформляється актом розслідування нещасного випадку за встановленою формою.

Слід зауважити, що в сфері надання медичної допомоги в понад складних для роботи медиках сучасних обставинах існують галузі з особливими потребами у соціальному захисті медичних працівників, наприклад, галузь психіатричної допомоги, робота медичних працівників в сфері онкологічної допомоги, медичного обслуговування хворих на СНІД, туберкульоз та інші соціально небезпечні інфекції. [73, 74, 75, 76, 77].

Таким чином, соціальний захист медиків в особливих умовах пандемії COVID-19 здійснюється за допомогою соціального забезпечення та соціальної допомоги. Якість виконання цієї постанови належить до обов'язкового моніторингу працівниками закладів охорони здоров'я, як особливої тайгерної аудиторії та, нажал, піддається критиці у ратифікації.

Висновки до розділу 3

За результатами проведеного наукового пошуку доводиться констатувати системні порушення трудових і соціальних прав медичних та фармацевтичних працівників. Натомість медичні та фармацевтичні працівники постійно нарікають на свою незахищеність, що свідчить про часткове та неповне дотримання владою чинних механізмів соціального захисту, який не становить цілісної системи.

Вирішення проблем професійного захисту медичних працівників, гідної оплати їх праці та сприяння розвитку нових відносин в охороні здоров'я виявляється можливим на основі нових форм і методів розрахунків за надані медичні послуги на цивільно-правових засадах, за участю страхового посередника в умовах медичного страхування.

Теоретичні засади системи соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників за кордоном зазвичай поєднується високий рівень відповідальності з високим рівнем його захищеності працівника охорони здоров'я, обов'язковим є страхування професійної відповідальності працівника.

Вважаємо, що для України створення товариств взаємного страхування професійної відповідальності буде носити інноваційно-інвестиційний характер, бо, з одного боку, дозволить в макроекономічному вимірі заощаджувати

бюджетні кошти лікувально-профілактичних закладів, а з іншого – дозволить створити по-справжньому партнерські відносини між різними суб'єктами ринку медичних послуг.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний дескриптивний аналіз сутнісних детермінант соціального захисту працівників галузі охорони здоров'я та діючий механізмів соціального захисту працівників закладу охорони здоров'я дозволяє узагальнити:

1. У формування державної соціальної політики, державних соціальних гарантій, сучасного інструментарію вибору пріоритетів соціальної політики та механізмів її реалізації відсутній системний підхід, що призвело до фрагментарності вирішення нагальних соціальних проблем.
2. Більшість заходів соціальної політики мають декларативний характер і не є реалізованими у повному обсязі. Органи управління в сфері охорони здоров'я, які здійснюють ефективний моніторинг впровадження реформ у галузі повинні шукати агентів змін на рівнях власників закладів та їх керівників, безпосередньо медичних працівників та їх об'єднань, а також налагоджувати механізми інвестицій в зусилля із залучення громадян.
3. Якісний соціальний захист дасть змогу висококваліфікованим медичним працівникам зосередитися на більш важливих завданнях, що передбачають безпосереднє професійне вдосконалення та спілкування з пацієнтом й досягнення основної мети медичної допомоги.
4. Показники ефективності медичного персоналу, зокрема щодо інституціоналізованих механізмів якості медичних послуг і задоволеності пацієнтів повинні бути запропоновані у якості публічної інформації та слугувати критеріями для додаткових фінансових й не фінансових стимулів соціального захисту.
5. Лідерам галузі охорони здоров'я потрібно сформувати кадровий резерв відповідно до кваліфікаційних запитів й освітніх можливостей, який забезпечуватиме ресурс у разі перегляду функцій медичних працівників у напрямку новітніх тенденцій діджиталізації й пов'язаних з цим змін у медичному обслуговуванні та впровадити інструментальні механізми фінансового стимулювання працівників галузі.

6. Міжнародні вимоги щодо соціального захисту медичних працівників, враховуючи високі запити сучасної охорони здоров'я до якості медичної допомоги, потенційно будуть зростати й у відповідності з цим необхідно вдосконалювати національні можливості для імплементації міжнародних стандартів у вітчизняну медицину. Необхідно досліджувати національні можливості для імплементації міжнародних вимог до соціального захисту медиків, з огляду на високі запити сучасної охорони здоров'я щодо якості медичної допомоги.

7. Зниження престижу лікарської спеціальності в Україні, на відміну від обґрунтовано високої оцінки сприйняття іміджу медичної професії в соціальних країнах світу, в першу чергу пов'язано з низьким соціально-економічним статусом працівників закладів охорони здоров'я та складними умовами праці. Внаслідок дії усіх цих факторів, за потуранням влади та адміністрації, у населення продовжує формуватися негативізм щодо ставлення держави до потреб в охороні здоров'я, що безпосередньо впливає на зниження престижу професії медика. Слід обґрунтовано узагальнити, що без створення належних виробничих і соціально-побутових умов, без запровадження нової системи оплати праці, відсутності соціальної захищеності працівників закладів охорони здоров'я ситуація в галузі може перетворитись у критичну.

8. Нами запропоновано й впроваджено в практичну організацію охорони здоров'я методика порядку присудження й щорічного преміювання кращих працівників закладу охорони здоров'я з метою підвищення престижності та стимулювання праці медичних працівників, що підвищує соціальний захист.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. К.: НІСД, 2012. 35 с.
2. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
3. Білинська М.М., Авраменко Т.П. Управління змінами сфери охорони здоров'я Київ. Національна академія державного управління при Президентові України. 2015. 80 с.
4. Болотіна Н. Б. Право людини на соціальний захист в Україні Київ: Знання, 2010. 107 с.
5. Вегера С. Європейські соціальні стратегії і Україна. *Україна: Аспекти праці*. 2001. №6. С. 29-36.
6. Вежновець Т. А. Дослідження задоволеності працею та синдром вигорання у медичних працівників *Scientific Journal ScienceRise: Medical Science*, 0(2 (10)), 36–40.
7. Веснин В. Р. Юрьева Т. В. Теория антикризисного управления: учебно-практическое пособие. М.: Евразийский открытый институт, 2010. 215 с.
8. Горбатюк І. М. Проблеми соціального захисту медичних працівників протитуберкульозних закладів. *Український пульмонологічний журнал*. 2008, №3. С. 24-25.
9. Демченко І., Булига Н., Гольцас Л., Фенчак А. Аналітичний Звіт «Громадська та експертна думка про доступність і якість послуг у сфері охорони здоров'я» Проекту «Партисипативна демократія та обґрунтовані рішення на місцевому рівні в Україні». Київ. NIBR. 2016. 58 с.
10. Дем'янишин В. Г. Проблематика та стратегічні засади фінансування охорони здоров'я в Україні . *Фінансова система України* : зб. наук. праць. Острог : Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2010. Випуск 15. С. 4-12.

11. Драга Т. М., Мялюк О. П., Криницька І. Я. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Медсестринство*. 2017. № 3. С. 48-51.
12. Кизим М. О., Грищенко В. О., Доровський О. В. Системна криза в економіці України: причини та шляхи подолання. «Социально-экономическое развитие Украины и ее регионов». Х.: ФОП Александрова К. М., ИД «ИНЖЭК», 2009. с. 24–37.
13. Короленко В .В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К. Видавництво КІМ 2018. 96 с.
14. Кочемировська О. О., Пищуліна О. М. Основні напрями оптимізації системи соціального захисту в Україні : аналіт. доп. К. «ФЕНІКС». 2012. 88 с.
15. Кульгінський Є.А. Пріоритетні напрями державної політики збереження громадського здоров'я. Державне управління та місцеве самоврядування. 2016. Вип. 3(30). С. 83-91.
16. Кушніренко М.Р. Організація соціальної роботи в Бельгії. *Social Work and Education*. 2014. №1, С.29-37
17. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навч. посіб. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.
18. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. здоров'я нації*. 1(13).2010 с.5-23.
19. Момотюк Л.Є. Бюджетний механізм забезпечення соціальних гарантій населення України . Текст. *Актуальні проблеми економіки*. 2004. №10 (40). С. 172-181.
20. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. 560с.
21. Надання медичних та соціальних послуг особам з груп високого ризику захворювання на туберкульоз: моделі виявлення та лікування туберкульозу в рамках проектів міжнародної допомоги в Україні (2011 - 2017 роки): Звіт за

результатами дослідження / Єленєва І., Купряшкіна-МакГілл С., Сметаніна О. та ін. / за ред.. Карнаухова О.В. К. : МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» 2018. 71 с.

22. Олефір О.І. Соціальний захист населення: необхідність перегляду сутності. *Теорії мікро-макроекономіки*. За ред. Ю.В.Ніколенка. К. 2001. Вип. № 7. - С. 45-52.

23. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.

24. Посилкіна О.В., Братішко Ю.С. *Фармац. часопис*. 2010. №2. С. 53-58.

25. Практичне право: права пацієнтів (Інтерактивний курс медичного права) : навч. посіб. / Галай В. О., Гречанюк С. К., Сенюта І. Я. та ін.; за ред. С. Г. Стеценка та А. О. Галая. К. : КНТ, 2009. 224 с.

26. Севрюков Д. Г. Реформування соціальної держави у Фінляндії. *Форум права*. 2014. № 2. С. 373–376.

27. Севрюков Д. Г. Розвиток соціальної держави у Нідерландах. *Актуальні проблеми права: теорія і практика*. 2012. . №25. С. 478-483.

28. Сіташ Т. Медичне страхування та фінансове забезпечення охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету*. 2014. №10. С. 149-162

29. Статут професійної спілки працівників охорони здоров'я. Київ. 2015. 38 с.

30. Толокова Т.І., Павлюк Т.В. Особливості емоційної сфери медичних працівників. *Медична освіта*. 2018. № 1. С.103-107.

31. Толокова Т. І., Павлюк Т. В. Емпатія у професійній діяльності медичних сестер. *Медсестринство*. 2018.- № 1. С. 53-56.

32. Толочко В.М., Должнікова О.М. Соціальний захист працівників фармацевтичної галузі. *Методичні рекомендації*. Харків: Видавництво НФаУ, 2008. 37 с.

33. Толочко В.М., Зарічкова М.В. Проблемні аспекти соціального захисту спеціалістів фармації у сучасних умовах. *Вісник Фармації*. 2(70).2012. С. 37-39.

34. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019 Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. 2019. 98 с.
35. Щербакова І.М. Задоволеність професійною діяльністю як індикатор нейротизму суб'єктів праці. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2015. №1(45).С. 186-192.
36. Шавкун В. М. Глобальна фінансово-економічна криза та її вплив на економіку України. *Вісник Хмельницького університету*. т. 3. № 2. 2011. с. 228–231
37. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка. URL : <http://library.tneu.edu.ua/images/stories/>
38. Юрьєва Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: Формирование, профилактика и коррекция. К.: Сфера, 2004. 272 с.
39. Social Welfare in Finland. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki, Finland, Helsinki University Printing House, 2006. 28 p.
40. Hospitals in a changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy (European Observatory on Health Care Systems series) Includes bibliographical references and index. ISBN 0-335-20929-7 (hb) ISBN 0-335-20928-9 (pb). 314 p.
41. Polton D., Paris V, Sandier S. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004. P. 5.
42. Bonilla García, J.V. Gruat Social protection: a life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and development. Geneva. Social Protection Sector, ILO. 2003. 64 p.
43. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Sitra Reports, Helsinki, 2009. 115 p.
44. System of Social Protection and Social Procurement in Ukraine. Real Status and Reform Prospects.– К. : Center for Public Expertise, 2009. 104 p. Bibliography: p. 104.
45. Pieters D. *Europ. J. of Soc. Security*. Schoten. 2003. Vol. 5, №4. P. 287-304.

46. West C. P. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis [Text] / C. P. West, L. N. Dyrbye, P. J. Erwin, T. D. Shanafelt. *The Lancet*. 2016. Vol. 388, Issue 10057. P. 2272–2281. DOI: 10.1016/s0140-6736(16)31279-x]
47. Закон України «Про страхування» 85/96-ВР URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text>
48. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» 1533-III. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1533-14#Text>
49. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» 1105-XIV URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text>
50. Європейська соціальна хартія (переглянута) 994_062 URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_300#Text
51. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Васильковата ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019 <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>
52. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11>.
53. Copenhagen Declaration on Social Development - A/CONF.166/9 Chapter I, Annex I - UN Documents: Gathering a body of global agreements https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/114939/E93948R.pdf
54. The World Health Report 2000 Health systems: Improving performance : [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://www.who.int>
55. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

56. Центр здоров'я та прав людини ім. Ф.-К. Баню та Фонд відкритого суспільства Охорона здоров'я і права людини: ресурсний посібник URL : http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/PDF/%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D1%96%D0%BB_1.pdf
57. Законопроект № 2538 “Про соціальний захист медичних та фармацевтичних працівників, працівників охорони здоров'я”
<https://ips.ligazakon.net/document/LF1YI00A>
58. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України URL : https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf.
59. Закон України 2206-VIII від 14.11.2017 Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>
60. Електронний журнал «Управління закладом охорони здоров'я»
<https://egolovlikar.mcfr.ua/>
61. Наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13>.
62. Структура КНП “Тернопільська КЛ № 2». URL : <https://www.tkml2.te.ua/ua/65-struktura-zakladu-pro-likarnyu>
63. Оцінка медичної сфери в Україні. Соціологічна група «Рейтинг» 2019 URL : http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_report_healthcare_052019_press.pdf
64. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 Охорона здоров'я http://medlib.dp.gov.ua/jirbis2/images/BOOK_full/dodatok.pdf
65. МОЗ України: Що було, є і буде Електронний ресурс URL : https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf

66. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>.
67. Закон України Основи законодавства України про охорону здоров'я 2801-ХІІ від 24.07.2020 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
68. Реформування системи охорони здоров'я України та дії Профспілки щодо недопущення руйнації галузі та захисту трудових соціально-економічних прав працівників охорони здоров'я Меморандум МВФ. Київ. 2017. 56 с. URL : http://www.minfin.gov.ua/uploads/redactor/files/Меморандум%20МВФ_Київ,%202%20березня%202017.pdf
69. Приходько О. Фінансування охорони здоров'я / О. Приходько URL:http://dt.ua/health/finansovi_nedugi_ohoroni_zdorovya-html
70. Зеленевиц В. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я URL : <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya/>
71. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я уроки для України. Підсумок фінансований Європейською Комісією проекту Tacis BISTRO https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviebook_uk.pdf
72. https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/The_impact_of_the_corona_crisis_Poharska_2020-06-02.pdf?v=4
73. Закон України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з метою підвищення спроможності системи охорони здоров'я України протидіяти поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-IX#Text>
74. Постанова МОЗ України № 15 Про затвердження тимчасових рекомендацій щодо організації протиепідемічних заходів в закладах стаціонарної психіатричної допомоги URL : <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D0%A1%D0%B0%D0%BD%D1%9>

6%D1%82%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%2015.pdf

75. Хвороби, які не йдуть на карантин: як в умовах епідемії лікують онкологію, ВІЛ/СНІД та інші важкі захворювання URL : <https://hromadske.ua/posts/hvorobi-yaki-ne-jdut-na-karantin-yak-v-umovah-epidemiyi-likuyut-onkologiyu-vilsnid-ta-inshi-vazhki-zahvoryuvannya>

76. Прискорення прогресу України в забезпеченні сталої відповіді сфери охорони здоров'я на туберкульоз і ВІЛ-інфекцію URL : https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf

77. Лікування пацієнтів на рак під час боротьби з епідемію COVID-19. Італійський досвід https://lb.ua/society/2020/03/31/454010_likuvannya_patsientiv_rak_pid_chas.html

78. Особливості системи безперервного професійного розвитку під час пандемії COVID-19 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика URL : https://nmapo.edu.ua/images/Novosti/27_04_20-9.pdf

Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський Національний Університет
Факультет економіки та управління
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ТОЛОКОВА Тетяна Іванівна
СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я

спеціальність 073 – Менеджмент
освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я
Випускна кваліфікаційна робота за ступенем вищої освіти «магістр»

Частина 2

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Соціально-демографічний профіль лікарів та середнього медичного персоналу за національним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр.

Рік	Лікарі				Середній медичний персонал			
	Загалом	Жінки	Досягли пенсійного віку і продовжують працювати	Працюють в сільській місцевості	Загалом	Жінки	Досягли пенсійного віку і продовжують працювати	Працюють в сільській місцевості
1993	204278	123343	31700		542423	498221	62026	
1994	203456	122219	32778		532650	495489	62802	
1995	206208	124553	36147		540041	506130	65188	
1996	205563	124	37565	10009	529221	495296	63201	50671
1997	202201	121760	37266	10853	510483	479905	57583	54112
1998	202423	122945	37573	10727	502572	471609	54902	54382
1999	202736	123251	37458	11040	498845	469474	52875	55556
2000	200111	122162	36448	11130	486051	456458	50316	58112
2001	198501	120655	37381	10742	476823	449788	50933	56211
2002	196558	119505	38274	10435	470408	443069	52307	53454
2003	195267	119377	39284	9776	467576	439179	55289	52108
2004	194597	118581	39967	9640	464752	436305	58585	53811
2005	194731	118757	40931	9878	438781	416593	59081	52183
2006	195956	119678	42247	9641	4356986	410703	60275	51410
2007	195555	119541	44016	9467	433445	409627	62184	51663
2008	196198	118932	44949	9545	430090	403234	63570	51837
2009	197648	121703	46490	9528	430821	405457	65406	51972
2010	197065	121651	48254	9951	428667	404115	67604	51545
2011	196085	121409	49306	9682	421987	397598	67805	49073
2012	188575	116948	46613	9575	403619	38562	61732	48002
2013	188737	117458	46093	9509	402897	379897	58939	46515
2014	159969	99417	38929	8941	346191	324207	47450	43273
2015	161621	101173	38811	8989	344035	321982	45377	43198
2016	160912	101591	38794	8994	337703	15402	43901	42694
2017	159600	101652	39058	9008	330444	308000	42583	42233
2018	156863	99262	38566	8520	313412	294410	39799	38417

* Інформація надана на основі даних Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019 <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>

ДОДАТОК Б

**Кримінальна відповідальність, що загрожує пацієнту, який здійснив
протиправні дії щодо медичного працівника**

Підстава	Опис правопорушення	Покарання
Умисне легке тілесне ушкодження (ст. 125 КК)	Умисне легке тілесне ушкодження (ч. 1 ст. 125 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Штраф до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (далі — НМДГ) • громадські роботи на строк до 200 годин • виправні роботи на строк до 1 року
	Умисне легке тілесне ушкодження, що спричинило короточасний розлад здоров'я або незначну втрату працездатності (ч. 2 ст. 125 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Штраф від 50 до 100 НМДГ • громадські роботи на строк від 150 до 240 годин • виправні роботи на строк до 1 року • арешт на строк до 6 місяців • обмеженням волі на строк до 2 років
Побої і мордування (ст. 126 КК)	Умисне завдання удару, побоїв або вчинення інших насильницьких дій, які завдали фізичного болю і не спричинили тілесних ушкоджень (ч. 1 ст. 126 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Штраф до 50 НМДГ • громадські роботи на строк до 200 годин • виправні роботи на строк до 1 року
	Ті самі діяння, що мають характер мордування, вчинені групою осіб, або з метою залякування потерпілого чи його близьких (ч. 2 ст. 126 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Обмеження або позбавлення волі на строк до 5 років
Погроза вбивством (ст. 129 КК)	Погроза вбивством, якщо були реальні підстави побоюватися здійснення цієї погрози (ч. 1 ст. 129 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Арешт на строк до 6 місяців • обмеження волі на строк до 2 років
Умисне знищення або пошкодження майна (ст. 194 КК)	Умисне знищення або пошкодження чужого майна, що заподіяло шкоду у великих розмірах (ч. 1 ст. 194 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Штраф до 50 НМДГ • громадські роботи на строк від 120 до 240 годин • виправні роботи на строк до 2 років • обмеження або позбавлення волі на строк до 3 років
	Те саме діяння, вчинене шляхом підпалу, вибуху чи іншим загальнонебезпечним способом, або заподіяло майнову шкоду в особливо великих розмірах, або спричинило загибель людей чи інші тяжкі наслідки (ч. 2 ст. 194 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Позбавлення волі на строк від 3 до 10 років
Хуліганство	Хуліганство, тобто грубе порушення	<ul style="list-style-type: none"> • Штраф від 500

(ст. 296 КК)	громадського порядку з мотивів явної неповаги до суспільства, що супроводжується особливою зухвалістю чи винятковим цинізмом (ч. 1 ст. 296 КК)	до 1000 НМДГ <ul style="list-style-type: none"> • арешт на строк до 6 місяців • обмеження волі на строк до 5 років
	Ті самі дії, вчинені групою осіб (ч. 2 ст. 296 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Обмеження волі на строк до 5 років • позбавлення волі на строк до 4 років
	Дії, передбачені частинами першою або другою статті 296 КК, якщо вони були вчинені особою, раніше судимою за хуліганство, чи пов'язані з опором представникові влади або представникові громадськості, який виконує обов'язки з охорони громадського порядку, чи іншим громадянам, які припиняли хуліганські дії (ч. 3 ст. 296 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Позбавлення волі на строк від 2 до 5 років
	Дії, передбачені частинами першою, другою або третьою статті 296 КК, якщо вони вчинені із застосуванням вогнепальної або холодної зброї чи іншого предмета, спеціально пристосованого або заздалегідь заготовленого для нанесення тілесних ушкоджень (ч. 4 ст. 296 КК)	<ul style="list-style-type: none"> • Позбавлення волі на строк від 3 до 7 років

Алгоритм звернення при порушенні прав медиків на робочому місці

**Куди звертатись працівникам закладів охорони здоров'я,
якщо порушили їхні права**



* Інформацію надано на основі даних Електронного журналу «Управління закладом охорони здоров'я» <https://egolovlikar.mcfrr.ua/>