

доступу: 20.10.2020.

7. План за изпълнение на Национална стратегията за превенция и противодействие на корупцията. URL: <http://goo.gl/XLqGuH>. Дата доступа: 20.10.2020.

**Бартловська Олена Тарасівна, магістрантка,
Синиця Світлана Михайлівна, к.е.н., доцентка,
доцентка кафедри управління та адміністрування**

ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Основні пріоритети державної політики в Україні спрямовані на досягнення як належного рівня життя громадян, характерного для найрозвинутіших країн світу, так і вдосконаленні специфічних соціальних, економічних стандартів розвитку суспільства. Підґрунтям реалізації поставлених державою пріоритетів є, безумовно, збереження та зміцнення здоров'я трудового потенціалу країни, що є одним з основних завдань системи охорони здоров'я. Успішне виконання такого завдання у складних соціально-економічних умовах можливе, на нашу думку, за рахунок обґрунтованої організації кадрової системи.

Роль медичного працівника в забезпеченні населення якісною медичною допомогою важко переоцінити. Багато років вважалося, що в Україні формується надлишкова чисельність медичного персоналу. Це стало наслідком відповідної кадрової політики, що сприяла кадровому “дисбалансу” в забезпеченні лікувально-профілактичних закладів і “відтоку” кваліфікованих кадрів. На сьогодні спостерігається наростаюча та некерована міграція підготовленого медичного персоналу, у т.ч. в сусідні країни та за кордон. Україна є донором медичних кадрів для багатьох країн ЄС і США. Процеси міграції медичних працівників з країни мають необоротний характер і призводять до наростання кадрового дефіциту в галузі.

Дефіцит кадрів існує, перш за все, у первинній ланці, особливо в сільській місцевості. Залишаються проблемними питання укомплектованості лікарських посад у фтизіатричній, патолого-анатомічній, рентгенологічній, лабораторній, педіатричній і санітарно-епідеміологічній службах. Отже, сьогодні українська охорона здоров'я стоїть на порозі кадрової кризи.

Питання кадрового забезпечення системи охорони здоров'я є частиною досліджень багатьох науковців, зокрема В. Москаленка, Г. Слабкого, Я. Радиша, І. Солоненка, З. Гладуна, О. Перетяка, В. Рудня та інших, які детально розкрили окремі кадрові напрями.

Функціонування системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі не дозволяє досягнути задекларованої державою мети – поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного та справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг високої якості, а отже, вона не є ефективною.

Аналіз структури видатків на охорону здоров'я показує, що впродовж останніх років майже 84 – 86 % бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату праці медичних працівників [2]. І з огляду на те, що значна частка бюджетних коштів у вітчизняній охороні здоров'я витрачається на персонал, питання управління трудовими ресурсами, їх раціонального використання мають особливу актуальність.

Для виправлення непростой ситуації в медичній галузі в серпні 2010 р. на публічне обговорення винесено проект Концепції Державної програми реформування системи охорони здоров'я, яким передбачається створення умов для забезпечення рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. За прогнозами урядовців, реалізація заходів Концепції позитивно впливатиме особливо на незахищені верстви населення, які страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги, а також усунення існуючих диспропорцій з доступу до медичних послуг на рівні міських і сільських територій. Відповідно до офіційної статистики, витрати населення перевищують третину від загального обсягу фінансування галузі (40 % у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг [6].

Одним із 27 пріоритетних питань Державної програми реформування системи охорони здоров'я – є кадрове, фінансове та матеріальне забезпечення закладів охорони здоров'я щодо необхідності для задоволення потреб населення в медичній допомозі шляхом удосконалення кадрової політики. Важелі та механізми кадрової політики, які використовуються впродовж останніх років, розглянемо нижче.

Незаперечним є той факт, що від якості підготовки лікарів часто залежить не тільки здоров'я, а й життя людей. На тлі загальної соціально-демографічної кризи суспільства проблеми вищої медичної освіти в Україні є надзвичайно гострими і болючими. В Україні, на жаль, освітня доктрина немає достатньо високого професійного розвитку, що, у свою чергу, призводить до таких небажаних наслідків:

- низька конкурентноспроможність випускників вищих медичних навчальних закладів України;
- погіршення якості підготовки лікарів за останні 10 – 15 років;
- підготовка лікаря-професіонала передбачає навчання не лише в медичному університеті, але й післядипломне навчання за фахом. Інтернатура включає очний і заочний цикли;
- вищі навчальні заклади на факультетах післядипломної освіти надають первинну післядипломну спеціалізацію та здійснюють підвищення кваліфікації кадрів, без проходження яких лікар не має права здійснювати медичну практику. Загальний ліцензований обсяг підготовки інтернів і підвищення кваліфікації лікарів становить у

середньому 40630 осіб на рік [5].

Найвагомішим чинником “виштовхування” кадрів з медичної галузі є низький рівень оплати праці медичних працівників. Медична галузь на сьогодні є однією з найменш оплачуваних. Зберігається постійне відставання оплати праці медиків [3].

На основі вищевикладеного можна стверджувати, що реформа в охороні здоров'я не може бути повноцінною без кардинальних змін у системі оплати праці медичного персоналу. Ці зміни повинні бути спрямовані на вирішення двох складних завдань:

- підвищення рівня та вдосконалення системи оплати праці лікарів та іншого медичного персоналу з тим, щоб підняти рівень престижу медичної професії, а відтак, зменшити відтік кадрів з галузі;
- створення стимулів до підвищення професійної підготовки медичних кадрів, що впливатиме на збільшення ефективності надання послуг у системі охорони здоров'я.

Фактичний стан справ з кадрового забезпечення, що склався в системі охорони здоров'я України, потребує покращання. На кінець 2018 р. укомплектованість штатних посад лікарями в лікувально-профілактичних закладах у цілому становила 77,8 %, а в сільських лікарських амбулаторіях – лише 68,4 %. Дефіцит лікарів у системі охорони здоров'я складає 48 тис. осіб. Зростає кількість посад, зайнятих за сумісництвом, зокрема станом на 2008 р. ця цифра становила 25805, а в 2018 р. – 31087 [8]. Природна плінність лікарських кадрів становить 3200 – 3500 лікарів на рік.

Крім цього, серед працюючих лікарів з року в рік збільшується кількість осіб пенсійного віку, зокрема в 2018 р. працювало 44,9 тис. пенсіонерів (22,9 %). За даними звітів лікарів, особи пенсійного віку становлять 24,3 %. Фактично, спостерігається тенденція до “старіння” працівників галузі охорони здоров'я. Статистичні дані свідчать, що зростання рівня забезпеченості населення України лікарським персоналом водночас супроводжується невпинним зниженням аналогічного показника серед молодших медичних спеціалістів. Співвідношення чисельності лікарів і середніх медичних працівників щороку скорочується.

За інформацією Міністра охорони здоров'я, така кількість медичного персоналу дозволяє забезпечити належний рівень надання медичної допомоги, навіть показник забезпеченості лікарями в Україні вищий за середньоєвропейський. Показник забезпеченості лікарями-практиками, які безпосередньо надають медичну допомогу, – 26,8 на 10 тис. населення – стабільно знаходиться нижче середньоєвропейського рівня [3].

Аналіз забезпеченості населення лікарями основних спеціальностей показує значну перевагу медичних спеціалістів у сфері стаціонарної допомоги. Цей процес слабко асоціюється з проголошеним у Концепції розвитку охорони здоров'я населення України пріоритетом розвитку первинної медико-санітарної допомоги. За розрахунками вітчизняних експертів, потреба української охорони здоров'я в сімейних лікарях становить понад 30 тис. Це дійсно потребує

докорінної перебудови діяльності вищої медичної школи, орієнтації її на реальні потреби у трудових ресурсах практичної охорони здоров'я з урахуванням майбутнього реформування. На відміну від більшості країн світу, де особливу увагу в кадровій політиці приділяють формуванню первинної медико-санітарної допомоги на принципах загальнолікарської практики як найбільш економічної, доступної та близької до населення, українська охорона здоров'я орієнтувалася на вузьку спеціалізацію кадрового потенціалу, на переважання стаціонарної сфери медичних послуг над амбулаторною.

Прорахунки і недоліки в організації первинної медико-санітарної допомоги призвели до компенсаторного розвитку найдорожчих видів медичної допомоги, що сприяло подальшому нераціональному використанню ресурсів, значному кадровому дисбалансу на ринку трудових ресурсів у галузі, до наявності надлишкової кількості лікарів у сфері спеціалізованої медичної допомоги і різкого дефіциту фахівців первинної ланки. Якщо частка лікарів первинної ланки (сімейних лікарів) перевищує 40 % у багатьох європейських країнах (у Франції вона сягає 54 %), то в українській охороні здоров'я частка фахівців первинної ланки становить близько 15 %, причому чисельність сімейних лікарів балансує в межах кількох відсотків.

На виконання Указу Президента України “Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я сільської місцевості” [1] та низки доручень Уряду з питання забезпечення сільського населення медичною допомогою 51 % від усього випуску лікарів спрямовано на роботу в сільську місцевість. 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 необхідно забезпечити найбільш високий рівень їх оплати праці порівняно з іншими медичними професіями, що не спостерігається в Україні.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Для досягнення найкращих результатів у реформуванні вітчизняної охорони здоров'я галузева кадрова політика повинна виходити на пріоритетні позиції не формально, а обґрунтовано розроблятися з урахуванням реальних потреб галузі. Належний рівень надання медичних послуг залежить, в першу чергу, від якості підготовки медичного персоналу на різних етапах, зокрема у вищих навчальних закладах. Оплата праці медичних кадрів на сучасному етапі не відповідає жодним критеріям та рівню відповідальності, не співставляється із витратами на підготовку медичних кадрів, чим провокує розвиток корупційних діянь у медичній галузі та зниження престижу медичного працівника. На сьогодні фактично відсутня ефективна система “утримання медичних кадрів” у сільській місцевості. Кадрова політика системи охорони здоров'я потребує значного вдосконалення в частині підвищення кваліфікації медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

- 1. Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я сільської*

- місцевості : Указ Президента України від 28 січня 1999 р. № 95. – Режим доступу : www.rada.gov.ua
2. *Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ на 2010 – 2014 рр.* – Режим доступу : www.president.gov.ua
 3. *Медичні кадри.* – Режим доступу : www.ukrstat.gov.ua
 4. *Мировая статистика здравоохранения 2010 год.* – Режим доступу : www.who.int/whosis/whostat/2010/ru.index.html.
 5. *Поліщук М. Підготовка висококваліфікованих фахівців – першочергове завдання медичної галузі / М. Поліщук // Ваше здоров'я-12 (789).* – Режим доступу : www.vz.kiev.ua/med/12-05/5.shtm.
 6. *Проект Концепції Державної програми реформування системи охорони здоров'я.* – Режим доступу : www.moz.gov.ua
 7. *Середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності за період з початку року.* – Режим доступу : www.ukrstat.gov.ua
 8. *Слабкий Г. О. Проблеми кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я / Г.О. Слабкий.* – Режим доступу : www.eu-shc.com.ua
-

**Білюсяк Роман Ярославович, магістрант,
Баран Ростислав Ярославович, к.е.н, доцент,
доцент кафедри міжнародної економіки,
маркетингу і менеджменту**

ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ БІЗНЕС-ПРОЦЕСІВ

В залежності від цілей аналізу існує велика кількість ознак класифікацій бізнес-процесів.

О. Загородна та В. Серединська запропонували класифікацію бізнес-процесів підприємств за основними ознаками, зокрема: поділ за результативністю, споживачами, деталізацією виділення, варіантами ідентифікації, функціями управління, рівнем складності та рівнем впливу на результати [3].

Ми пропонуємо використовуватись метод класифікації, який найбільш часто використовується вітчизняними і зарубіжними науковцями – класифікація бізнес-процесів за результативністю.

На підставі проведеного аналізу в даний час можемо виділити такі основні види бізнес-процесів, які забезпечують виробничу діяльність підприємства (рис. 1).

Даний підхід був запропонований в ході реалізації норвезького проекту TOPP з порівняльного бенчмаркінгу [Andersen]. Він передбачає поділ процесів на три категорії, до якої на думку низки авторів додається і четверта:

- основні бізнес-процеси (які створюють цінність) – забезпечують виконання реальних операційних завдань, пов'язаних зі створенням продукту і реалізацією його клієнту. Це процеси, операції яких мають пряме відношення до продукту підприємства і тим самим впливають на