**Формування, збереження та розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров’я**

Студент групи

МЗОЗзмі-21

Негрич М.Р.

Науковий керівник

к.е.н., доцент Гродський С.В.

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| Вступ | 3 |
| РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади формування, збереження та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров’я | 7 |
| 1.1. Кадровий потенціал як економічна категорія | 7 |
| 1.2. Особливості формування та управління кадровим потенціалом системи охорони здоров’я | 15 |
| 1.3. Проблеми формування та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров’я в зарубіжних країнах | 20 |
| Висновки до розділу 1 | 28 |
| РОЗДІЛ 2. Дослідження формування, збереження та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров’я України  2.1 Стан кадрів в системі охорони здоров’я України  2.2. Моніторинг та облік кадрового потенціалу системи охорони здоров’я  2.3. Шляхи вирішення проблем формування та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров’я  Висновки до розділу 2 | 30  30  39  49  59 |
| РОЗДІЛ 3. Характеристика кадрового потенціалу керівних кадрів закладів охорони здоров’я | 61 |
| 3.1. Керівні кадри як основний кадровий потенціал охорони здоров’я  Висновки до розділу 3 | 61  77 |
| Висновки та пропозиції |
| Список використаних джерел | 83 |
| Додатки | 91 |

**ВСТУП**

Сучасний стан здоров’я населення держави характеризується кризовими явищами. Його специфічними характеристиками є процес скорочення населення, високий рівень смертності чоловіків, найвищий рівень смертності немовлят і смертності від загальної причини в Європі, значне скорочення тривалості життя, перехід вікової структури до літнього населення.

Саме тому формування, збереження та розвиток кадрового потенціалу є важливим стратегічним напрямом розвитку кожного медичного закладу. Медична галузь має багато проблем у сфері управління людськими ресурсами, а саме: відсутність інновацій у кадровій політиці та використання зарубіжного успішного досвіду; низька заробітна плата медичного персоналу; відсутність мотивації до праці; відсутність чіткої соціальної системи безпеки та соціального захисту.

Проблеми ефективного формування та реалізації людських ресурсів активно вивчають українські економісти: Пономаренко В.С., Долішній М.І., Злупко С.М., Вовканич С.Ю., Назарова Г.В., Іванісов О.В., Писаренко С.М., Пітюлич М.І., Бондар І.К. Деякі проблеми підвищеного використання людського фактору розглядались у працях російських вчених: Вечканової Г.С., Горєлова М.А., Маслової І.С., а також українських економістів: Борщевського П.П., Краснова Ю.М., Фтомова Г.С. У роботах розглянуто людський фактор. Проте формуванню, підтримці та розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров’я приділено значно менше уваги. Дослідження Худоби О., Москаленка В., Слабкого Г., Радиша Я., Солоненка І., Гладуна З., Перетяка О., В. Рудня В. розкривають окремі аспекти даної теми.

Недостатнє дослідження питань формування та розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров’я, особливо в процесі реформування цієї системи, визначає тему та актуальність магістерської роботи.

Об’єкт дослідження – кадри системи охорони здоров’я.

Тема дослідження – теоретичні, організаційні та методичні аспекти формування, збереження та розвитку кадрового потенціалу в системі охорони здоров’я.

Метою написання магістерської роботи є вивчення основних аспектів формування, утримання та розвитку людських ресурсів у системі охорони здоров’я, а також з’ясування основних проблем у цій галузі та запропонування шляхів їх вирішення.

Для досягнення цієї мети були поставлені такі завдання:

– розкрити природу людських ресурсів як економічної категорії;

­­– охарактеризувати особливості формування та управління людськими ресурсами в системі охорони здоров’я;

– охарактеризувати особливості формування та управління людськими ресурсами в системі охорони здоров’я;

– відкрити становлення та розвиток кадрового потенціалу в зарубіжних системах охорони здоров’я;

– оцінити стан кадрів в системі охорони здоров’я України;

– моніторинг і пояснення людських ресурсів системи охорони здоров’я;

– визначити методику вирішення проблеми формування та розвитку кадрового потенціалу в системі охорони здоров’я;

– розкрити особливості потенціалу керівників як ключового персоналу охорони здоров'я;

* визначити шляхи вдосконалення підготовки менеджерів охорони

здоров’я в Україні.

Для вирішення зазначених вище завдань у дослідженні використовуються загальні та спеціальні методи та прийоми. Використано теоретичне узагальнення, порівняння та конкретні методи для розкриття економічної природи людських ресурсів. Використано системні методи для визначення шляхів підвищення рівня підготовки менеджерів та інших медичних працівників, аналізу та синтезу – для дослідження людських ресурсів у сфері охорони здоров'я, графічного оформлення та побудови аналітичних таблиць – для візуалізації результатів досліджень.

Науковою новизною отриманих результатів є сформульовані теоретичні положення та практичні пропозиції щодо вдосконалення формування, утримання та розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров’я. Найважливіші теоретичні та практичні результати з науковою новизною такі:

– особливості закладів охорони здоров'я (важко визначити результати роботи; високий ступінь спеціалізації основних видів діяльності; відсутність невизначеності та права на помилку; необхідність тісної координації між різними підрозділами; висока кваліфікація; необхідність адміністративного контролю; координація та розподіл повноважень та відповідальність) впливають на формування кадрової та кадрової політики;

– узагальнено зарубіжний досвід та визначено напрямок удосконалення формування, збереження та розвитку кадрового потенціалу з метою посилення поділу праці між індивідуальними кваліфікаційними та професійними групами працівників;

– на основі аналізу стану кадрів в системі охорони здоров’я України систематизовано кадровий розвиток (нерівномірний розподіл кадрів; незадоволений попит на обласних терапевтів та педіатрів; недостатнє забезпечення сільськими лікарями);

– комплексний аналіз кадрового забезпечення медичних закладів відповідає рекомендованому складу показників оцінки при створенні системи відбору персоналу медичних закладів, що забезпечить своєчасне виявлення недоліків у системі розвитку персоналу та окреслено основні шляхи його вдосконалення;

– парадигма формування таланту в системі медицини та охорони здоров’я має охоплювати «цілі та завдання системи медицини та охорони здоров’я», «професійну мобільність викладачів», «інфраструктуру формування таланту», «професійну здібність», «інноваційні здібності» та «оздоровчі технології», довести свою «креативність»;

– удосконалено модель підготовки медичних та управлінських кадрів, які суттєво підвищать рівень та якість підготовки, забезпечать наукову та повну систему відбору посад та ентузіазм до отримання необхідних знань.

Інформаційна база для магістерської роботи включає журнали, довідники, матеріали конференцій, наукові праці з питань формування та збереження кадрового потенціалу у сфері охорони здоров’я вітчизняними та зарубіжними вченими, Інтернет-ресурси.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ, ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА РОЗВИТКУ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я**

**1.1. Кадровий потенціал як економічна категорія**

З початку 1980-х років почала домінувати нова парадигма економічного розвитку, в якій ролі людей стали надаватися пріоритети. Відповідно, стан реалізації та ступінь трудового потенціалу починають визначати результати виробничо-господарської діяльності підприємств більшості галузей економіки. Це сформувало взаємні вимоги до якості та професіоналізму працівників, тому попит на цей аспект ринку праці постійно зростає, потрібні професіонали, які мають певні навички та вміння або можуть освоїти технологію за короткий час. В умовах прискореного технічного прогресу трудово-ресурсний потенціал підприємств, установ і організацій може забезпечити конкурентоспроможне зростання, тому керівництво орієнтується на безперервний розвиток кадрового потенціалу [23].

Як відомо, ефективність системи охорони здоров’я, тобто якість та доступність медичних послуг, визначає стан людських ресурсів. Забезпечення медичними кадрами системи охорони здоров’я є актуальною проблемою, яку необхідно вирішувати в середньостроковій та довгостроковій перспективі.

З точки зору систем і методів процесів, кадрова політика має вирішальне значення в системі управління охороною здоров’я та нагляді на всіх рівнях організації [27,47].

Сучасна медична система потребує трансформації у сфері управління людськими ресурсами. По-перше, організація кадрової політики повинна узгоджуватися з освітньою політикою в системі неперервної професійної освіти. По-друге, кадрове планування можливе лише за наявності достовірної інформації про кількість медичного персоналу в українських закладах.

З огляду на сферу застосування «людських ресурсів» і «трудового потенціалу», існує різниця між їх використанням. Так, М. В. Новаскова [37, с. 87] вважає, що некоректно застосовувати поняття «трудовий потенціал» до окремих осіб чи компаній, оскільки поняття «labor potential» у класичних дослідженнях орієнтується більше на макроекономічний рівень (На найменш регіональний рівень). Навпаки, для людини і підприємства доцільніше використовувати термін «human potential», а логічніше назвати його в перекладі «кадровим потенціалом».

В українській економічній науці та практиці термін «кадровий потенціал» широко використовувався у галузях, пов’язаних з конкретними підприємствами, установами, регіонами близько двох десятиліть тому. Сучасні дослідники наповнили це поняття власним змістом (таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

Трактування поняття «кадровий потенціал» в працях науковців

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № з/п | Джерело | Визначення |
|  | Беспалова О.В. | «Під кадровим потенціалом організації (підприємства) розуміємо можливості персоналу і адміністрації, які можуть бути використані для досягнення цілей організації» [5, с. 69] |
|  | Носкова М.В. | «Кадровий потенціал як соціально-економічна категорія в нашому розумінні відображає можливу участь кожного працівника організації у виробництві з урахуванням його психофізіологічних, особистісних і професійних потенцій, що розвиваються в результаті синергетичного ефекту їх взаємодії, з кількісної боку виражає можливості по залученню до участі у виробництві не тільки професійно підготовленої частини персоналу підприємства, підгалузі, галузі, з якісною – приховані можливості реалізації у виробництві, всіх особистих якостей і особливостей, що формуються у працівників, перш за все, прийнятої в галузі політикою професійної підготовки та підвищення кваліфікації кадрів, а також соціально-економічними і політичними умовами її розвитку» [37, с. 91] |
|  | Краснокутська Н. С | «Сукупність здібностей і можливостей кадрів забезпечувати досягнення цілей довгострокового (перспективного) розвитку підприємства» [26, с. 194] |
|  | Ковбасюк Ю. В., Трощинський В. П., Сурмін Ю. П. | «… сукупність здатностей, прихованих можливостей фахівця, розкриття яких надає йому можливість реалізуватися у професійній сфері» [20, с. 309] |

Систематизувати погляди сучасних вітчизняних та зарубіжних дослідників на поняття «людські ресурси», і зробити висновок, що вони різноманітні, а отже, визначення самого поняття також є нестійким. Причина відсутності консенсусу полягає в тому, що вчені мають різні погляди на сутність поняття «людські ресурси», першопричина в тому, що вони мають вузьку сферу застосування цього поняття і не проводили поглибленого та систематичного теоретичного дослідження аналізу його походження.

Зведення методів дослідження різних дослідників показує, що поняття «кадровий потенціал» по суті є конкретним проявом людських ресурсів.

Проте слід зазначити, що поняття «кадровий потенціал» в теорії управління передбачає характеристику людських ресурсів, таких як підприємства, галузі, професійні здібності та навички для впливу на конкретні сфери бізнесу та довгостроковий статус-кво. Певні специфічні стратегічні аспекти управління людськими ресурсами. Тому поняття «кадровий потенціал» потребує використання при вирішенні цілей та перспектив розвитку підприємства чи галузі в сучасних умовах.

Для розкриття природи кадрового потенціалу не можна не враховувати основні фактори, що впливають на його формування (рис. 1.1).

Зовнішні фактори є відображенням організаційного середовища, зокрема демографічні та соціально-економічні фактори. Вони безпосередньо впливають на трудовий потенціал країни, який невіддільний від людських ресурсів. На цей набір факторів не впливає конкретна компанія чи організація. Регулювання обсягу трудового потенціалу є функцією держави. Лише країна, представлена ​​національними установами, міністерствами та відомствами, може впливати на демографічні та соціально-економічні умови країни.



Рис. 1.1. Групи чинників, що впливають на процес формування кадрового потенціалу підприємства [13, с. 36]

Внутрішні фактори включають власну кадрову політику організації: рівень заробітної плати, мотивацію співробітників, умови праці, корпоративну культуру, соціальне забезпечення та соціальне забезпечення, а також мобільність співробітників. Усі ці фактори залежать від підприємства (або установи) та системи його управління.

Формування людських ресурсів у будь-якій організації чи організації зосереджується на забезпеченні реалізації певних процесів [6, с. 47]: основний кадровий процес команди може постійно підтримувати найкращий рівень людських ресурсів в організації; створюючи умови, які сприятимуть адаптації працівників до організації; організувати систему підвищення кваліфікації та всебічного розвитку працівників; вжити заходів для запобігання незадоволенню працівників своєю посадою, щоб зменшити плинність кадрів. Основою стабільного існування людських ресурсів є людські ресурси будь-якої організації.

Персонал організації або установи поділяється на соціальні, професійні та кваліфікаційні рівні та групи і по-різному бере участь у реалізації цілей і завдань основної діяльності організації. Частина колективу має відповідати за результати державної політики в тій чи іншій сфері. Це «ядро» – найстабільніша частина колективу – люди з багатим досвідом роботи в організації (установі), найбільш кваліфіковані співробітники, рівень їх підготовки відповідає займаній посаді. Формування «ядра» команди та управління її розвитком дають змогу державним органам та організаційним колективам самотиражуватись, навіть коли певна частина персоналу відтікає [44].

Якість людських ресурсів в основному визначається кваліфікацією. Кваліфікація працівника – це рівень професійної придатності, що забезпечується повною наявністю працівників загальних і спеціальних знань, умінь, навичок, досвіду, трудових навичок, які виконують певний ступінь складності професії чи професії [19, с. 748]. Кваліфікація працівників тісно пов'язана з характером і змістом роботи, складністю і різноманітністю роботи. Удосконалення та зміцнення кадрового потенціалу має відбуватися на основі ефективної та дієвої системи професійного навчання (комплексного навчання) та загального розвитку працівників, а також на основі взаємо зацікавленості та взаємовигідного результату між працівниками та установами (організаціями).

Кадровий потенціал організації зосереджений у трьох рівнях зв'язків і відносин в єдності просторових і часових характеристик:

- по-перше, відображаючи минуле, це сукупність ознак, накопичених під час формування системи, що визначає її функцію та здатність до розвитку. У зв’язку з цим поняття «потенціал» фактично набуло значення поняття «ресурси»;

- по-друге, охарактеризовує поточний з точки зору практичного застосування та використання навичок співробітника. Це дозволяє виявити різницю між реалізованими і нереалізованими можливостями. У цій функції поняття «потенціал» збігається з поняттям «резерв»;

- по-третє, орієнтований на розвиток (майбутнє): співробітник не тільки реалізує свої наявні можливості, але й набуває нових знань і навичок у процесі роботи. Він являє собою єдність стабільності та змін, а потенціал містить елементи майбутнього розвитку [5].

Основна ідея розвитку талантів – комплексний розвиток талантів на основі кадрової політики.

Кадрова політика – основний напрямок співпраці з співробітниками, сукупність основних принципів, що реалізуються відділом кадрів організації. У зв'язку з цим кадрова політика є стратегічним кодексом поведінки по роботі з працівниками. Кадрова політика – це цілеспрямована діяльність, спрямована на створення робочої сили, яка найкращим чином сприяє поєднанню цілей і пріоритетів організації та її співробітників.

Загальні вимоги до кадрової політики в сучасних умовах такі:

1. Кадрова політика повинна бути тісно пов'язана зі стратегією розвитку (або виживання) організації. У зв'язку з цим саме кадрове забезпечення реалізації цієї стратегії.

2. Кадрова політика має бути достатньо гнучкою. Це означає, що вона з одного боку має бути стабільною, оскільки це стабільність, пов’язана з певними очікуваннями працівників, з іншого – динамічна, тобто повинна коригуватися відповідно до змін в організації, виробництві та економіці. Стабільними повинні бути ті сторони, які орієнтовані на інтереси співробітників і пов'язані з організаційною культурою організації (загальними цінностями і переконаннями співробітників, їх нормами поведінки, характером організації).

3. Оскільки «вирощування» кваліфікованої робочої сили передбачає певні витрати для організації, кадрова політика має бути економічно обґрунтованою, тобто ґрунтуватися на реальних фінансових можливостях.

4. Кадрова політика повинна забезпечувати персоналізований підхід до працівників.

Тому кадрова політика за нових умов має на меті формування системи кадрової роботи, яка орієнтована не лише на отримання економічного ефекту, а й на отримання соціальних ефектів за умови дотримання законів та чинного законодавства.

Кадрова політика реалізується шляхом кадрової роботи, яка базується на зведенні правил, традицій, процедур і ряді заходів, безпосередньо пов'язаних з підбором кадрів, необхідною підготовкою, розстановкою, використанням, перепідготовкою, заохоченням і просуванням по службі.

Потенціал талантів і кадрова політика підприємства – це два дуже пов’язані поняття, які не варто недооцінювати. Потенціал кадрів агентства залежить насамперед від самих співробітників, тобто від рівня їх кваліфікації та якості знань у своїй сфері діяльності. Різні державні та приватні підприємства (установи) зосереджуються на певній галузі чи певному напрямку, виробляючи товари, надають послуги тощо.

Усі компанії мають керівників, підлеглих, керівників магазинів, відділів тощо. Як і наскільки грамотно керувати всіма ланками ланцюга підприємства є вирішальним, і від цього залежить подальша доля підприємства в цілому. Тому кадрові служби підприємств (організацій) повинні працювати зі своїми працівниками.

Деякі види робіт, що безпосередньо пов'язані з корпоративним персоналом, і для підвищення їх можливостей у робочому процесі:

1. Культурно-спортивні заходи з персоналом.

2. Підвищення кваліфікаційного рівня кожного працівника на підприємствах і в установах (щороку).

3. Створення кадрового резерву компанії (це найважливіший момент, оскільки створення кадрового потенціалу врятує цінних співробітників під час кризи, коли потрібна велика кількість звільнень, в даному випадку кадрів, а точніше кажучи, їхні людські ресурси будуть спрямовані на виведення компанії чи організації з кризи).

4. Проведення глибшого аналізу конфліктних питань у колективі. Крім того, побудова загальної картини дозволяє уникнути подальших конфліктів між персоналом.

5. Щороку здійснювати набір молодих талантів (бакалавр, магістр), які закінчили вищі навчальні заклади. Це зміцнить загальні людські ресурси компанії чи організації та з перспективою на майбутнє.

6. Здійснювати передачу досвіду персоналу підприємства від керівників до підлеглих.

7. Раз на рік направляти співробітників на навчання та передавати передовий досвід в інші міста України, по можливості – також за кордон.

8. Створити в компанії відділ стратегічного управління людськими ресурсами.

9. Проводити щоденний моніторинг співробітників, щоб не допустити відхилення від ритму, заданого компанією, і один раз на рік оцінювати робочий час працівників, щоб виявити прогалини у виробничому процесі.

10. Встановлення довгострокових цілей розвитку людського ресурсу та його підтримки.

11. Створити хороші умови праці для корпоративних працівників (кожен працівник повинен бути задоволений робочим середовищем на робочому місці) [49].

Розглянувши деякі можливі операції та рекомендації кадрів агентства, важливо відзначити, що робота з контингентами є досить тонким і складним процесом, оскільки вимагає окремого підходу до кожного. Крім того, формування та утримання людських ресурсів значно відрізняються від галузі до галузі, що необхідно враховувати в нашому дослідженні.

**1.2. Особливості формування та управління кадровим потенціалом системи охорони здоров’я**

Система охорони здоров’я – складна соціально-економічна система, специфічна галузь України. На сьогоднішній день у вітчизняній медичній допомозі існує багато проблем, які стосуються якості медичної допомоги, доступності якісної допомоги, кадрового забезпечення. У всіх куточках нашої країни не вистачає медичних працівників, особливо медсестер. Питання кадрів наразі є першочерговим для зміцнення національної системи охорони здоров’я.

Формування кадрового потенціалу на лікувально-оздоровчих підприємствах (установах) має свої особливості, його дослідженням слід приділяти певну увагу. Характер процесу, що відбувається в соціальній сфері, медичній, передбачає високий ступінь соціальної значущості та корисності, неможливість застосування стандартів ринкової ефективності, що обмежує використання ринкових механізмів і вимагає національного нагляду.

Виходячи з цього, варто виділити наступні характеристики закладів охорони здоров’я:

– якість роботи та складність вимірювання результатів роботи;

– високий ступінь спеціалізації, актуальності та актуальності основних видів діяльності;

– відсутність невизначеності та помилок;

– робота різних відділів потребує тісної координації;

* висока якість працівників визначає їх прагнення до незалежності та лояльності, особливо до пацієнтів та колег по галузі;

– відділу управління медичним закладом необхідно контролювати діяльність лікарів, які безпосередньо впливають на обсяг роботи, тим самим впливаючи на витрати медичного закладу;

* труднощі координації роботи та розподілу повноважень та відповідальності, пов’язані з подвійною підпорядкованістю багатьох медичних закладів [45, с 186].

Тому, виходячи з наведених характеристик, формування кадрової політики медичних закладів має свої особливості. У сфері охорони здоров’я важливі ролі безпосередньо відведені медичним працівникам, тому управління розвитком людських ресурсів вважається пріоритетним завданням менеджменту в цій сфері.

Медичні працівники – це найважливіша і найцінніша частина сфери охорони здоров'я. Від медичного персоналу залежить ефективність усієї сфери медичної допомоги та її структурна розбивка. Слід зазначити, що у сфері охорони здоров’я, крім осіб з медичною освітою, є також немедичні працівники – соціальні працівники, біологи, фізики, хіміки, інженери, техніки, юристи, економісти, які і формують кадровий потенціал охорони здоров'я.

Кадрова політика та стратегія управління персоналом в охороні здоров'я залежать від ступеня соціальної орієнтації країни, визнання громадськістю високого значення охорони здоров'я як важливої ​​частини трудового потенціалу країни.

Успішне функціонування закладів охорони здоров’я потребує постійного вдосконалення організації управління та впровадження промислових технологій управління персоналом в українській галузі охорони здоров’я.

Аналіз глобального соціально-економічного процесу показує, що проблема сучасного управління персоналом вже не вирішується на основі строго диференційованих дисциплін, а старий стиль управління людськими ресурсами вже не дає задовільних результатів [12, с.6].

Успішне управління людськими ресурсами вимагає нагляду та державної підтримки.

Метою цієї концепції сьогодні має стати створення системи розвитку людських ресурсів на основі економічного стимулювання та соціального забезпечення, спрямованої на наближення інтересів працівників до інтересів органів та установ охорони здоров’я для досягнення високих показників.

Однак якщо керівник організації не покращує співпрацю з працівниками та не створює нову та інноваційну систему управління для досягнення поставлених цілей, то підтримки держави недостатньо. Необхідно створити системи та методи управління майбутнім, щоб забезпечити довготривалу безперебійну роботу провідних медичних закладів.

Як зазначалося раніше, кадрова політика є основою управління персоналом організації. Будь-яка організація проводить кадрову політику, навіть якщо сама її не складає. Необхідно створити структуру управління персоналом у всій галузі та в кожній організації (рис. 1.2).

Системний підхід до формування кадрової політики та структури управління персоналом лікувально-оздоровчих закладів дозволить повноцінно брати участь людському фактору у вирішенні стратегічних завдань, які стоять перед галуззю, та забезпечити подальше покращенння якісті надання медичної допомоги на основі управління ресурсами.

**Структура управління кадрами**

**1. Забезпечення кадрами**

Формування кадрів.

Підбір кадрів.

Професійне навчання.

Підвищення кваліфікації.

Планування кар’єри.

Підготовка резерву на всіх рівнях.

**2. Використання кадрами**

Створення умов на робочому місці.

Реалізація можливостей та здатностей особистості.

Рух кадрів.

Оплата праці.

Оцінка діяльності

**3. Управління соціальними процесами**

Життєзабезпечення працівника на рівні необхідних витрат.

Соціальні гарантії.

Соціальна підтримка.

**4. Управляюча система кадрової політики**

Соціальні дослідження.

Аналіз ефективності елементів.

Удосконалення структури.

**Особливості закладів сфери охорони здоров’я**

– складність визначення якості та вимірювання результатів роботи;

– висока спеціалізація основної діяльності;

– відсутність права на невизначеність і помилку;

– потреба в тісній координації роботи різних підрозділів;

– висока кваліфікація співробітників;

– необхідність контролю з боку адміністрації закладів сфери охорони здоров’я за діяльністю лікарів, які безпосередньо впливають на визначення обсягу роботи;

– важкість координації роботи та розподілу повноважень і відповідальності, пов’язана з подвійною підпорядкованістю

Рис. 1.2. Особливості формування структури управління кадрами в закладі охорони здоров’я

Управлінська інновація має бути єдиним процесом, що складається з етапів розробки, впровадження та реалізації.

Одним із важливих аспектів управління людськими ресурсами є підготовка та перепідготовка медичних працівників. У сучасних умовах лікарі повинні володіти не лише професійними знаннями, а й юридичними та економічними знаннями, дотримуватись етичних норм. Тому сучасне суспільство дуже цікавиться співвідношенням медицини та права.

Юридична відповідальність лікарів, які неналежно виконують свої професійні обов’язки, дуже активна і останнім часом обговорюється в ЗМІ. За останні роки якість медичної допомоги дійсно знизилася, а етичні норми не дотримуються, для цього необхідно планувати та впроваджувати нові підходи та методи професійного розвитку в організації.

Сьогодні громадяни все частіше асоціюють професії лікарів і медсестер з неетичною та нелюдською поведінкою медичних працівників. Я вважаю, що в клініці все більше пацієнтів зустрічаються з такими рисами медичних працівникі, як бюрократизм, здирництво, безжальність, черствість, хамство, бездушність та грубість. Насправді, все це притаманне сучасній медичній допомозі, але є й інший аспект проблеми.

У нових економічних умовах фокус медичних закладів почав переміщатися переважно в економічну сферу. У зв’язку з цим навчання є надзвичайно важливим у сучасних умовах.

Розуміння власних прав та обов’язків, прав пацієнтів, морально-правових основ відносин лікар-пацієнт, лікарів та колег, усвідомлення юридичної відповідальності за професійні порушення дійсно забезпечать повагу до прав та законних інтересів громадян у сфері охорони здоров’я. Все це дозволить підвищити якість медичної допомоги, запобігти конфліктам між лікарями та пацієнтами, захистити лікарів від кримінального чи цивільного переслідування.

Крім того, медичні працівники усвідомлюють низький рівень юридичної грамотності, а також розуміють, що в сучасних умовах займатися професійною діяльністю надзвичайно важко, а також хочуть отримати більше знань. Це стосується медичного та середнього медичного персоналу.

**1.3. Проблеми формування та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров’я в зарубіжних країнах**

Хоча погляди на проблеми людських ресурсів у сфері охорони здоров’я різняться, вони зазвичай не ґрунтуються на аналізі міжнародного досвіду вирішення подібних питань. Водночас такий досвід може визначити тенденцію сталого розвитку, яка має бути врахована в кадровій політиці, і, безумовно, необхідно враховувати специфіку вітчизняної медичної організації.

Міжнародний досвід, особливо досвід Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), показав, що найбільш успішні дії в організаційних змінах, пов’язаних з підвищенням ефективності системи охорони здоров’я, здійснюються у сфері управління людськими ресурсами.

Велика кількість даних свідчить, що кількість, якість та щільність розповсюдження підготовки медичних працівників позитивно впливають на результати різноманітної діяльності у сфері охорони здоров’я та здоров’я людини.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров’я медичний працівник — це людина, основним видом діяльності якої є зміцнення здоров’я. Сюди входять експерти, які надають медичні послуги (лікарі, медсестри, фармацевти, лаборанти), а також адміністративний та допоміжний персонал. У світі налічується близько 60 мільйонів медичних працівників. Близько двох третин з них надають медичні послуги, а третина виконує адміністративні та допоміжні функції [39].

Лікарі в західній системі охорони здоров’я – дорогий ресурс. Його початкове навчання є «штучним», яке триває більше десяти років, а потім знання постійно оновлюються [48]. Національні та професійні медичні кола висувають дуже високі вимоги до кваліфікації та рівня відповідальності лікарів. У суспільній свідомості давно утвердилося ставлення до лікарів як до професійних еліт у суспільстві. Тому його праця високооплачувана.

Зарплата лікарів у західних країнах значно перевищує середню зарплату в економіці. У більшості з цих країн дохід лікарів загальної практики в 2-2,5 рази перевищує доходи звичайних працівників економіки, а дохід вузько визначених спеціалістів у 3-4,5 рази перевищує доходи спеціалістів загальної практики. Заробітна плата в багатьох країнах Східної Європи також зросла вдвічі. Наприклад, у Чехії лікарі вузьких спеціальностей – у 2,3 рази, в Естонії – у 2,1 рази, у Польщі – лікарі загальної практики – у 2,2 рази [59].

Зіткнувшись з такими «дорогими» лікарями, уряди деяких західних країн тривалий час проводили політику стримування набору медичних шкіл, а за активної підтримки медичних асоціацій обмежили приплив нових лікарів і підтримували високі зарплати. Проте попит на медичну допомогу стрімко зростав, особливо наприкінці ХХ ст. Під впливом нових медичних технологій і старіння населення від цієї політики змушені були відмовитися. За останні 2-3 роки майже в усіх західних країнах зросла абсолютна чисельність лікарів і кількість лікарів на душу населення.

Основною формою працевлаштування лікарів у західних країнах є високооплачувана робота. Неповний робочий день (часткова зайнятість) дуже поширений, але явище неповного робочого дня в українському розумінні дуже слабо розвинене, тобто робота на кількох посадах. У США, Канаді та деяких країнах Європи поширена практика поєднання амбулаторної та стаціонарної роботи. Але, на відміну від українського підходу, це не форма отримання додаткового доходу від роботи за кількома тарифами, а механізм забезпечення безперервності пацієнта: лікар спочатку приймає прийом у приймальні, а потім, за потреби, продовжує лікування у лікарні [48, с 146].

Основною мотивацією такого поєднання є залучення пацієнтів та підвищення кваліфікації самого лікаря: робота в стаціонарі дозволяє амбулаторному спеціалісту розширити свій професійний кругозір, отримати додатковий досвід та забезпечити безперервність ведення пацієнтів. Держава рішуче заохочує такий підхід, розглядаючи його як засіб підвищення кваліфікації лікарів, з одного боку, і можливість зменшити попит на медперсонал, з іншого.

Організація та правовий статус лікарів у західних країнах різняться залежно від того, де вони працюють. Найчастіше вони працевлаштовані в лікарнях, але в сфері амбулаторної допомоги основним суб’єктом господарювання, як правило, є приватний лікар. Він діє як частина індивідуальної чи групової практики та надає більшу частину медичної допомоги за рахунок державних коштів у рамках системи загальнообов’язкового медичного страхування або бюджетної системи. У багатьох пострадянських країнах, наприклад, в Естонії, Чехії, Словаччині, статус приватних лікарів став звичайним. У цих країнах у 1990-х роках традиційні радянські клініки були перетворені на мережу приватних лікарень. У наступні роки процес приватизації медичної діяльності був дещо скоригований (індивідуальні практики почали поєднуватися один з одним для підвищення рівня співпраці окремих лікарів), але статус незалежних суб’єктів залишався незмінним [57].

Цей статус надає лікарям велику незалежність у вирішенні медичних, організаційних та економічних проблем. Водночас він визначає виняткову відповідальність за результати медичної діяльності – відповідальність за доведені лікарські помилки несуть самі лікарі (а не їхні установи). Така модель працевлаштування значно розширює сферу конкуренції – не лише залучаючи великі медичні установи, а й конкретних лікарів. Вони намагаються залучити більше пацієнтів, включаючи більш тривалий робочий час. Наприклад, у Великобританії середня тижнева тривалість робочого часу лікарів загальної практики становить 74 години [3]. Такий лікар відповідальний перед своїми пацієнтами навіть за його відсутності. Для цього він співпрацює з іншими лікарями або наймає асистентів.

Структура його оплати праці відповідає високій ціні роботи лікаря. Останніми роками була популяризована система оплати за результат, щоб забезпечити стимулювання за продуктивність та результативність охорони здоров’я. Наприклад, у Великобританії, починаючи з 2004 року, лікарі загальної практики отримували премії на основі оцінок діяльності за 168 показниками. Є багато планів оплатити стаціонарне лікування. Незважаючи на зростаючу важливість цих статей, частка заохочувальних премій рідко перевищує 10% від загальної заробітної плати лікаря, а найчастіше – 3-5%. Місцеві жителі звертають увагу на недосконалі показники ефективності та ризики «результативності, орієнтованої на результати». Основою заробітної плати як і раніше є її базова частина, яка встановлюється на основі накопиченого досвіду та здібностей, складності виконуваної роботи, що визначається багатоступеневістю та безкомпромісністю результатів атестації. Також враховуються неформальні вимоги на рівні медичного закладу, які враховують конкуренцію на ринку праці.

Це найпоширеніші характеристики лікарів у західних країнах з точки зору заробітної плати, зайнятості та організаційно-правового статусу. Ми також розглянемо досвід лікарів і кроки, які вони вживають, щоб знайти найкращий рівень.

В останні роки велика кількість досліджень у західній літературі показала, що з точки зору пацієнта, який страждає від кількох супутніх захворювань, найкраще мати справу з клінічно налаштованим лікарем [58, 56]. Результатом різноманітних факторів спеціалізації є поява в структурі медичного персоналу нових категорій лікарів: хірургів, терапевтів, педіатрів загальної практики.

Ця тенденція особливо помітна у сфері первинної медичної допомоги. У перспективі це також процес професіоналізації лікарів. Проте в останні роки багато західних країн доклали зусиль для стримування цього процесу та зміцнення статусу лікарів загальної практики як основного закладу первинної медичної допомоги. Така політика базується на багатьох емпіричних даних, які показують, що ці лікарі зробили величезний внесок у охорону здоров’я населення. Країни з високим запасом лікарів загальної практики мають нижчий рівень смертності від серцево-судинних захворювань, астми та бронхіту.

Лікарі загальної практики відповідають за профілактику захворювань, раннє виявлення захворювань, спостереження за хворими на хронічні захворювання, організацію професійної допомоги, а іноді й координацію роботи спеціалістів у вузькому сенсі. Їхня діяльність створює «корінь» системи охорони здоров’я, без якого вона не може успішно розвиватися.

Цей курс проводиться з різним ступенем послідовності. По-перше, слід враховувати сильний тиск з боку медичних асоціацій, які в основному зацікавлені в підтримці вузьких експертів; по-друге, політична риторика про пріоритет первинної медичної допомоги часто затьмарює думку про те, що лікарі загальної практики є низькокваліфікованими лікарями порівняно з вузькими експертами.

У розвинених країнах сімейні лікарі, не проводячи госпіталізації, розв’язують до 80% медичних звернень за допомогою сучасних знань, базового обладнання, найпоширеніших тестів і препаратів [31].

Деякі інструменти зміцнення інституту лікаря загальної практики зарубіжної практики: планувати підготовку все більшої кількості лікарів загальної практики, стимулювати післядипломну освіту за фахом, формувати нові економічні стимули для подолання традиційного розриву в оплаті праці лікарів загальної практики та вузькопрофільних експертів.

Більшість пострадянських країн чітко відображають навчальну програму, яка зміцнює систему лікарів загальної практики. У країнах Балтії, Чехії, Словаччині, Польщі, Угорщині та країнах колишньої Югославії у 1990-х роках було здійснено поглиблені реформи виборчої служби. Регіональні лікарі (терапевти чи педіатри) з обмеженими медичними та організаційними функціями поступилися місцем лікарям загальної практики, які можуть лікувати пацієнтів із різними захворюваннями. У цих країнах районні служби вже давно майже на 100% складаються з лікарів загальної практики.

В Україні медична реформа 2018 року також розпочалася з первинної ланки, а саме з сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів.

Інша важлива тенденція зарубіжного медичного поділу праці – поява нових професій, пов'язаних з медичним обслуговуванням та обслуговуванням інформаційних технологій, медичною організацією та інтенсивною терапією пацієнтів. Ці так звані «суміжні фахівці» значно доповнюють роботу лікарів і медсестер. Наприклад, у США налічується понад 200 суміжних спеціальностей, на які припадає близько 60% медичного персоналу [55].

На відміну від сфери матеріального виробництва, новий поділ праці спрямований на підвищення продуктивності праці та зниження витрат, тоді як медична допомога зосереджується на зворотному процесі підвищення складності послуг, особливо в лікарнях.

У всіх західних країнах спостерігається значне збільшення кількості лікарняного персоналу на одне ліжко. У деяких із них зараз по 6-7 працівників на ліжко. Такі комплексні послуги дозволяють швидко лікувати пацієнтів з високими клінічними результатами.

Криза медичного персоналу була визнана міжнародною спільнотою. Сучасні проблеми розвитку світової охорони здоров’я пов’язані з дефіцитом первинного медичного персоналу, надлишком лікарів-спеціалістів, дисбалансом у кількості лікарів, медсестер та акушерок, надмірною концентрацією медичних працівників у великих містах.

Факти довели, що існує пряма залежність між відношенням кількості медичних працівників до чисельності населення та показниками здоров’я. Існуючий дисбаланс всередині країн посилив глобальну нестачу робочої сили. У сільській місцевості, у порівнянні з міською, бракує кваліфікованих працівників.

За оцінками ВООЗ, щоб заповнити цю прогалину, необхідно принаймні 236 000 медичних працівників та 189 000 адміністративного та допоміжного персоналу, а загалом – 4 250 000 медичних працівників [39].

Для різних країн характерний різний рівень кваліфікації та співвідношення кількості молодшого медичного персоналу до кількості лікарів. Розрив між базовими спеціальностями та кваліфікацією все ще великий.

Найпроблемнішим питанням у сфері охорони здоров’я є правильне планування кадрових ресурсів, обсягів людських ресурсів, усунення відмінностей у структурі розподілу кваліфікованих працівників.

За останні 30 років роль адміністраторів та економістів у сфері охорони здоров’я зросла в більшості промислово розвинених країн. Наприклад, у багатьох країнах клініками зазвичай керують професійні менеджери без медичної освіти.

Підсумуємо основні проблеми людських ресурсів у світовому секторі охорони здоров’я (рис. 1.3).

Сучасна політика розвитку охорони здоров’я в багатьох країнах базується на спільній відповідальності держави і суспільства, в тому числі професійних медичних асоціацій. Уряд прагне регулювати, визначати та задовольняти реальні потреби медичних працівників, підтримувати, спрямовувати та контролювати діяльність у сфері освіти та навчання та їх ефективне використання в суспільстві.

Регіональна обсерваторія ВООЗ з питань людських ресурсів зміцнює, розвиває та підтримує базу знань медичних працівників у різних регіонах. Обсерваторія надає докази для розробки політики для зміцнення системи охорони здоров’я та покращення охорони здоров’я. Вони відстежують і діляться практичними прийомами та отриманими уроками.

Рис. 1.3. Проблеми кадрового потенціалу сфери охорони здоров’я у світі

Тому кадрова політика розвинених країн має на меті впровадження методів управління ефективністю наявних ресурсів, посилення ролі адміністративного персоналу, швидкий розвиток професії медичної сестри та розширення функцій медсестринського персоналу, підвищення кваліфікації медичного персоналу, підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів.

**Висновки до розділу 1**

На основі аналізу методу інтерпретації поняття «кадровий потенціал» встановлено, що це поняття передбачає характеристику людських ресурсів підприємств, галузей, професійних здібностей та навичок з метою впливу на конкретні сфери бізнесу та довгостроковий статус-кво. Це зумовлює необхідність використання поняття «кадровий потенціал» для вирішення цільових перспектив галузі.

Формування, збереження і розвиток людських ресурсів є невід'ємною частиною і важливою сферою фізичної діяльності. На формування кадрового потенціалу впливає багато факторів, які в процесі дослідження поділяються на дві категорії – зовнішні та внутрішні.

Підвищення ефективності формування та використання кадрового потенціалу лікувально-оздоровчих закладів сприяє загальному розвитку лікувально-оздоровчих закладів. Визначення того, що вирішення проблем розвитку людських ресурсів потребує комплексних методів та системної співпраці між державою, роботодавцями, соціальними партнерами та працівниками.

Медичні та оздоровчі заклади мають свої особливості, які певною мірою впливають на формування кадрового потенціалу та кадрової політики. До складу цих характеристик входять: складність визначення результатів роботи; високий ступінь спеціалізації основних видів діяльності; відсутність невизначеності та права на помилку; необхідність тісної координації роботи різних підрозділів; висока якість працівників; необхідність для адміністративного контролю; складність координації роботи; розподіл повноважень та відповідальності. Визначено, що всі робочі та кадрові процеси сформульовані, налагоджені та ефективні, що особливо важливо для закладів охорони здоров’я.

Використання зарубіжного досвіду формування кадрової політики дозволить підвищити ефективність використання медичних кадрів Узбекистану. Описується тенденція укомплектування медичними кадрами в зарубіжній охороні здоров'я. Підтверджується, що процес професіоналізації медичного персоналу ще триває, але це не неминуче. Їй протистоять нові фактори суспільного розвитку, особливо старіння населення. Західні країни реагують на нові чинники та намагаються переломити тенденцію спеціалізації, особливо в первинній медико-санітарній допомозі. Визначено, що при розробці медичної реформи враховуються обмеження процесу спеціалізації, які спостерігаються в західній практиці.

Загальною тенденцією розвитку зарубіжних медичних послуг є посилення поділу праці між окремими кваліфікаційними та професійними групами. Чисельність і функції сестринського персоналу та численних категорій пов'язаного персоналу в галузі продовжують зростати та розширюватися, що дає змогу зменшити навантаження на лікарів та зменшити їхню частку в загальній зайнятості в галузі охорони здоров'я. Є ознаки того, що цей процес не знизить якість допомоги, хоча і не заощадить. Вважаємо, що цю тенденцію слід також враховувати при формуванні кадрів у системі охорони здоров’я.

**РОЗДІЛ 2**

**ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМУВАННЯ, ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА РОЗВИТКУ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В УКРАЇНІ**

**2.1. Стан кадрів в системі охорони здоров’я України**

Метою кадрової політики Всесвітньої організації охорони здоров’я є підготовка необхідних кваліфікованих працівників, забезпечення їх установами, які їх потребують, і виконання пов’язаних із цим медичним персоналом завдань [18, с. 8]. Шаблонний підхід у цьому випадку не працює, оскільки стратегія кадрової політики має відповідати унікальним умовам кожної країни [38, с. 21]. Більшість проблем у кадровій сфері пов’язані зі зміною умов. Тому для вибору оптимального рішення та визначення стратегії покращення кадрового стану системи охорони здоров’я необхідно постійно аналізувати й оцінювати ситуацію [36, с. 34].

Медичний персонал є стратегічним капіталом країни, оскільки 70% усіх інвестицій у світовий сектор охорони здоров’я спрямовується на його кадрове забезпечення [42, с. 9]. Навпаки, Україна стикається з труднощами із забезпеченням медичними кадрами.

Станом на кінець 2020 року в МОЗ України було зареєстровано 191 905 штатних медичних посад. Укомплектованість окремими штатними медичними посадами склала 81,7 %, як у 2019 році. Укомплектованість лікарями (індивідуальними) лікувально-профілактичних закладів становить 78,0% (2017-78,2%). В окремих типах закладів штатний розклад становить: обласні лікарні – 85,7 %, міські – 78,9 %, ЦРЛ – 75,7 %, обласні лікарні – 72,9 %, у сільських амбулаторіях – 67,6 %. Розрив між штатними медичними посадами та фізичними особами становить 35042, кількість посад за сумісництвом – 11398, співвідношення за сумісництвом – 1,1. Слід розуміти, що завдяки високому почуттю відповідальності виконуваної роботи медична діяльність має свої особливості, адже від лікарів зазвичай залежить не тільки здоров’я, а й життя людини. Тому низький коефіцієнт комбінації в цій галузі цілком прийнятний.

У медичних закладах МОЗ, переважно в лікувально-профілактичних закладах, працює 3 тис. немедичних працівників високої кваліфікації: 2262 лаборанти, 189 статистиків, 41 фізіотерапевт.

У каталозі представлено два варіанти штатного розпису за типом закладу та спеціальності: штатний розпис – лікарі та з урахуванням спеціалістів з вищою немедичною освітою на посаді лікаря та за сумісництвом.

Загальна кількість вакансій лікарів на кінець звітного року становила 23644, SLA – 1987. Станом на 01.01.2021 р. було 1366 посад лікаря-терапевта, 1038 посад педіатра, 716 лікарів-хірургів, 726 лікарів-акушерів-гінекологів, анестезіологів 937 посад, лікарів-фтизіатрів 370 посад, лікарів загальної практики-сімейної медицини 3429 посад, лікарів лаборантів 626 посад, стоматологів 881 посада.

На кінець 2020 року кількість штатних штатних посад відділу медичної освіти становила 344 161. Частка загальних осіб за медичними спеціальностями становить 91,1% (2019 – 93,3%), а частка лікувально-профілактичних закладів – 86,3% (2019 – 87,9%). Проте необхідно враховувати «нецивілізоване» співвідношення між лікарями та медсестрами (в Україні воно становить 1:2,1, що не може забезпечити повний спектр медичних послуг для пацієнтів у медичних закладах). За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я, співвідношення 1:4 є оптимальним – це число для Канади та Сполучених Штатів, хоча ми можемо «втішити» Мексику, Перу, Сальвадор і Чилі менш ніж однією медсестрою на лікаря [22].

На відміну від більшості країн світу, в плані кадрової політики особлива увага приділяється формуванню первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики, оскільки вона є найбільш економічною, доступною та наближеною до населення. Домінує спеціалізація, стаціонарне лікування, медичні послуги переважають амбулаторні. Прорахунки та недоліки в організаціях первинної медико-санітарної допомоги призвели до компенсаційного розвитку найдорожчих видів медичної допомоги (спеціалізованої, госпіталізації, швидкої допомоги), що призвело до подальшого нераціонального використання ресурсів, серйозних дисбалансів на ринку праці цієї галузі та спеціальностей. У медичній сфері спостерігається надлишок кадрів і гостра нестача фахівців первинної ланки. Якщо в багатьох європейських країнах частка лікарів первинної ланки (сімейних лікарів) перевищує 40% (у Франції 54%), то в Україні частка медичних працівників становить близько 15%, а кількість сімейних лікарів складає кілька відсотків [46].

На сьогодні в закладах МОЗ України працюють 156 863 лікаря та 313412 молодших спеціалістів з медичною освітою. Індекс забезпеченості лікарями на 10 тис. населення становить – 37,4 (2019 – 37,8). У районах, де працюють вищі медичні навчальні заклади з сертифікацією 3-4 рівня, частка лікарів залишається на відносно високому рівні. Низькі показники медичної допомоги зберігаються в таких областях: Миколаїв – 28,6, Херсон – 30,0, Кіровоград – 32,6, Житомир – 34,7 та Черкаси – 35,0. Проте, як ми бачимо, загальна забезпеченість лікарями в Україні дуже низька і спостерігається тенденція до зниження.

Відсоток лікарів, які досягли пенсійного віку, становить 24,6 або 38 566 лікарів (2019 – 24,5%). Кількість молодших лікарів-спеціалістів з медичною освітою, які досягли пенсійного віку, становить 39 799 осіб, що становить 12,7% (2019 – 12,9%).

Кількість молодших спеціалістів, які здобувають медичну освіту в Україні, становить 74,7 на 10 тис. населення (2019 – 78,3). Нижче середнього по Миколаївській області – 68,8, Київській – 69,6, Одеській області – 69,8.

Співвідношення лікарів і медсестер 1:2.

У 2020 році кількість лікарів лікувально-профілактичних закладів (без керівників та їх заступників, лікарів-стоматологів, статистиків, методистів) становила 103 783 особи, або 24,7 на 10 тис. населення (2019 – 24,9). Індекс забезпеченості лікарями вище середнього по Києву – 33,9, Івано-Франківській області – 33,7, Львівській – 31,8 та Чернівецькій – 31,7. Нижчі показники забезпеченості в наступних областях: Миколаїв – 20,8, Херсон – 22,2, Кіровоград – 24,1.

За даними Європейського регіонального офісу ВООЗ, кількість лікарів на 10 000 осіб у Європейському регіоні становить 32,2 (2014). У закладах охорони здоров’я активно впроваджуються принципи сімейної медицини. Кількість сімейних лікарів – 14 814 (2019 – 14728). Із загальної кількості сімейних лікарів атестовані 9238 або 62,4%.

Важливим питанням, пов’язаним із незадовільним соціальним забезпеченням лікарів, є те, що вони мігрують в інші країни. За даними Спілки медичних працівників України, щорічно з країни виїжджає 6 тисяч лікарів. Наразі офіційної статистики з цього приводу немає. За даними Інституту населення і суспільства НАН України, лікарі, які виїхали з країни, вказані в графі «Інше». Протягом півтора років (2007-2008рр.) останнього комплексного дослідження ці люди становили 4,2% усієї робочої сили мігрантів, або близько 505 тис. «інших» фахівців [41].

Найчастіше в Африку та на Мальдіви їздять медичні працівники, які мають принаймні кілька років професійного досвіду, але не володіють англійською. Там їхній середній дохід становить 4000 доларів США, забезпечені житлом та мають соціальний пакет [24, с 27].

Офіційна робота в Німеччині, Австрії, Швеції та інших країнах Європи для українських лікарів набагато складніша. Щоб підтвердити свої професійні знання та навички, необхідно скласти іспит. Враховуючи вартість перельотів, навчання, курсів та іспитів, у деяких випадках вартість підтвердження кар’єри може досягати 10 000 доларів США. Після складання іспиту наш лікар повинен зареєструватися в медичній комісії та отримати дозвіл на роботу. Тільки так українські лікарі зможуть виконувати свої професійні обов’язки. Деякі європейські країни, у яких не вистачає медичних працівників, розробляють економічно ефективні плани залучення фахівців з інших країн. Тому багато українських лікарів їдуть до Данії та Великобританії. Останніми роками нашим лікарям стало легше працювати в Німеччині. Уряд спростив процес реєстрації та значно розширив можливості працевлаштування.

Після підписання Шенгенської угоди польські лікарі почали швидко виїжджати до Західної Європи. З цієї причини польський уряд вирішив розпочати співпрацю з Україною. Лікарі, які пройшли процес освітньої легалізації, склали іспит та отримали ліцензію в обласній медичній установі, отримують офіційну роботу в Польщі [34].

Що стосується системи медицини та охорони здоров’я, то реорганізація інституційної мережі триває, в основному, за рахунок реорганізації міських лікарень районного рівня та малої потужності в амбулаторії та подальшого впровадження ЦПМСД. Фельдшерсько-акушерські пункти вводяться в центри первинної медико-санітарної допомоги як самостійні структурні підрозділи. Загальна укомплектованість лікарями (фізичними особами) сільських амбулаторій становила 67,6%, серед 453 амбулаторій на кінець року жодна лікарська посада (у 2017 році 412) не укомплектована основним працівником.

Загалом укомплектованість ФАПу молодшими спеціалістами з медичною освітою становить 88,9% (2018 – 90,7%). При цьому серед 1221 ФАПів на кінець звітного року жодна з штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою не була зайнята ключовим працівником (2019 – 841).

На кінець 2019 року кваліфікованих лікарів було 107 997, що становить 68,8% від загальної кількості лікарів. МОЗ має 62 441 лікаря вищої ланки, що становить 57,8 % усіх лікарів, 30 364 (28,1 %) – першого рівня, 15 192 (14,1 %) – другого рівня. Кількість лікарів молодшого спеціаліста з медичною освітою становить 227 150 осіб, що становить 72,5% (2018 – 71,5%).

Якість медичної підготовки часто пов’язана не лише зі здоров’ям, а й із життям людей – це незаперечний факт. Підготовка в галузі медицини включає кілька стратегічних етапів, перший – навчання у вищих навчальних закладах.

На тлі загальної соціально-демографічної кризи проблеми вищої медичної освіти в Україні є надзвичайно гострими та болючими. На жаль, в Україні доктрина освіти не має достатньо високого професійного розвитку, що призводить до таких небажаних наслідків:

– низька конкурентоспроможність випускників українських вищих медичних навчальних закладів;

– якість підготовки лікарів знизилася за останні 10-15 років;

– підготовка професійних лікарів включає не тільки навчання в медичних університетах, а й післядипломну підготовку (інтернатуру) за фахом [46].

Стажування (інтернатура) включає денну (медична школа) та неповну зайнятість (стажування в лікарнях); - вищі навчальні заклади на факультетах післядипломної освіти здійснюють навчання молодших спеціалістів (стажування) та проводять підвищення кваліфікації персоналу, інакше лікарі не мають права практикувати медицину.

Медичне обслуговування медичним персоналом забезпечують випускники державних і недержавних медичних навчальних закладів вищої освіти. Підпорядкованим МОЗ України є 16 навчальних медичних закладів вищої освіти, які є монополістом формування кадрової політики у сфері охорони здоров’я.

Загалом кадровий потенціал у медичній сфері має такі особливості:

- нерівномірний розподіл персоналу (лікарі та сестринський персонал в Україні);

- незадоволення потреби дільничних терапевтів та педіатрів;

- недостатня кількість лікарів для сільського населення;

- кількість і структура медичного персоналу не відповідають стратегічним завданням реформування медичної та медичної системи.

Аналіз показує, що спостерігається негативна тенденція в ресурсному забезпеченні системи охорони здоров’я, що проявляється надмірною кількістю ліжок та різким зменшенням чисельності сестринського персоналу, що призводить до «нецивілізованого» співвідношення лікарського та сестринського персоналу, недостатнього забезпечення практикуючими лікарями та висока частка медичного персоналу пенсійного віку, а також низьким рівнем укомплектованості лікарських посад за окремими спеціальностями.

**2.2. Моніторинг та облік кадрового потенціалу системи охорони здоров’я**

Визначення потреби в медичних кадрах є одним із головних питань для обґрунтування стратегії розвитку охорони здоров’я, оскільки вони забезпечують дієвість і дієвість усієї системи охорони здоров’я, окремих її структур та закладів.

Закон України «Про національний прогноз та розробку плану економічного і соціального розвитку України» є основним документом, який регулює процес прогнозування показників розвитку України та різних її галузей. В принципі, розрахунки попиту, що розглядаються при розробці багатьох методологій, мають однакову методологічну довідку і базуються на використанні середніх стандартів комунальних послуг на 10 000 жителів, однакових розмірів медичних ліжок і вимог до роботи [2].

За допомогою штатних нормативів та штатних розписів даний метод враховує перспективи надання медичних послуг, сфери медичної допомоги, прогнозує стан населення зони обслуговування, економічні можливості, ці методи наближаються до розрахунку потреби в медичних кадрах у області тощо. Використання штатних стандартів і стандартних кадрів для прогнозування потреб у кадрах має певні обмеження: у зв’язку зі змінами медичних технологій персонал потребує регулярного огляду за відносно короткий проміжок часу, тому ці показники швидко «старітимуть» у середньому та тривалому періоді.

Після втрати чинності від 23 лютого 2000 року наказу МОЗ № 33 «Про штати та штатний розпис закладів охорони здоров’я» на керівника закладу охорони здоров’я покладається планування кадрової потреби та штатного розпису. Оптимізувати кадрове забезпечення медичних закладів та підвищити ефективність роботи підприємств. Недостатня укомплектованість кадрами може призвести до перевтоми, емоційного вигорання, втоми, що в свою чергу призводить до зниження якості медичної допомоги, псування ділового іміджу медичних закладів, збільшення кількості скарг та невдоволення пацієнтів.

Штатний аналіз медичних закладів формується переважно з таких аспектів:

*1. Аналіз чисельності персоналу (кількісний аналіз).*

Для цього типу аналізу планові показники слід порівняти з фактичними показниками аналізованого періоду та аналогічними показниками попереднього періоду. Аналіз проводиться за такими категоріями: лікарі, медичні сестри, молодші медичні сестри, інший персонал, немедичний персонал – адміністративний персонал (керівники, спеціалісти, експерти): генеральні директори, директори, медичні директори, головні бухгалтери, економісти, юристи, інспектори з кадрів, інспектори з охорони праці та ін. та господарський персонал (технічний персонал, робітники): оператори котельні, власники міста, прибиральники, охоронці дверей, охоронці, водії тощо).

У рамках нашого дослідження ми приділимо більше уваги забезпеченню закладів охорони здоров’я медичним персоналом (табл. 2.1).

У системі охорони здоров’я існують негативні та позитивні фактори, які впливають на стан здоров’я, тим самим визначають кількість медичної допомоги та кількість необхідних медичних працівників. Фактори, що сприяють зменшенню обсягу медичної допомоги, а отже, зменшенню попиту на персонал, включають:

– завдяки розвитку ринкових відносин в економіці виникли регіони з вищим рівнем заробітної плати, що призвело до загострення міжгалузевої конкуренції та сприяло відтоку кадрів в інші галузі економіки;

– зменшення чисельності населення України як основного споживача медичних послуг;

– обмеження бюджетних коштів стають фактором, що обмежує кадрове забезпечення галузі.

Фактори, що забезпечують зростання медичної допомоги, об’єктивно збільшили обсяги медичної допомоги та чисельність медичного персоналу, їх слід об’єднати в такі категорії:

– погіршення екологічної обстановки призвело до погіршення здоров’я населення, потребують посилення медичної допомоги;

– погіршення умов життя та способу життя (недоїдання, побутові умови, урбанізація, шкідливі умови праці тощо);

– зміни біологічних факторів (спадкування захворювань, старіння населення) [2].

При складанні кошторису витрат на персонал спочатку слід правильно визначити потреби категорії персоналу. Для цього потрібно встановити плановий період (один рік і більше). На основі аналізу кадрового потоку та кадрового потоку та прогнозування показників входу та виходу персоналу та показників кадрового забезпечення відповідно до плану корпоративної стратегії розвитку. Потреби планувальника дозволять оптимізувати його витрати.

*2. Аналіз укомплектованості персоналу.* Нижче наведено приклад штатних розрахунків, який базується на статистичних даних форми № 20 2018 року «Звіт лікувально-профілактичних закладів», опублікованих на сайті Центру медичної статистики МОЗ (таблиця 2.1; Додаток А).

Таблиця 2.1

Розрахунок укомплектованості медичного персоналу

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Категорії персоналу | Штатних посад | Фактично зайнятих | Відхилення, +,- | Відсоток укомплектованості |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Лікарі | 158962,75 | 139053,00 | -18909,75 | 88,0% |
| Терапевт | | 9415,25 | 8049,50 | -1365,75 | 85,5% |
| Кардіолог | | 2881,50 | 2659,75 | -221,75 | 92,3% |
| Хірург | | 7690,25 | 6974,25 | -716,00 | 90,7% |
| Гастроентеролог | | 800,00 | 719,25 | -80,75 | 89,9% |
| Ендокринолог | | 1592,50 | 1418,25 | -174,25 | 89,0% |
| Уролог | | 1568,75 | 1424,00 | -144,75 | 90,8% |
| … | | … | … | … | … |
| 2 | Середній медичний персонал | 290039,00 | 268619,25 | -21419,75 | 92,6% |
| Сестра медична | | 221391,00 | 205531,00 | -15860,00 | 92,8% |
| Фельдшер | | 3073,50 | 2652,50 | -421,00 | 86,3% |
| Акушерка | | 13093,25 | 12249,50 | -843,75 | 93,6 |
| … | | … | … | … | … |
| 3 | Молодший медичний персонал | 152843,50 | 144794,00 | -8049,50 | 94,7% |
| 4 | Інший персонал | 146972,00 | 134384,00 | -12588,00 | 91,4% |
| Всього медичний персонал | | 747817,25 | 686850,25 | -60967,00 | 91,8% |

Штат медичних закладів складає менше 8,2%, що призводить до збільшення навантаження на лікарів. Недостатня кількість кадрів унеможливлює ефективну роботу організації, що впливає на скорочення планових медичних послуг підприємства та якість медичних послуг. Найсерйозніший дефіцит кадрів відзначають лікарі (14,5%), ендокринологи (11,0%) та гастроентерологи (10,1%). Середній медичний персонал (7,4%), молодший медичний персонал (5,3%) та інший персонал (8,6%) також недоукомплектований.

Основними причинами дефіциту робочої сили є низька заробітна плата медичних працівників, неефективна система стимулювання працівників та неефективна система набору.

*3. Аналіз сумісництва персоналу.*

Розрахуємо основні показники сумісників у медичних закладах (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

Аналіз сумісництва персоналу

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Категорії персоналу | Кількість посад | | Відхилення, +,- | Число фізичних осіб на зайнятих посадах | Рівень сумісництва | | Відхилення +,- |
| Штатних посад | Фактично зайнятих | Номінальний (к. 4 / к. 6)\* | Реальний (к. 3 / к. 6)\*\* |
| 1 | Лікарі | 157962,75 | 139053,00 | -18909,75 | 123250 | 1,13 | 1,28 | +0,15 |
| Терапевт | | 9415,25 | 8049,50 | -1365,75 | 6924 | 1,16 | 1,36 | +0,2 |
| Кардіолог | | 2881,50 | 2659,75 | -221,75 | 2400 | 1,11 | 1,20 | +0,09 |
| Хірург | | 7690,25 | 6974,25 | -716,00 | 5942 | 1,17 | 1,29 | +0,12 |
| Гастроентеролог | | 800,00 | 719,25 | -80,75 | 697 | 1,03 | 1,15 | +0,12 |
| Ендокринолог | | 1592,50 | 1418,25 | -174,25 | 1292 | 1,10 | 1,23 | +0,13 |
| Уролог | | 1568,75 | 1424,00 | -144,75 | 1382 | 1,03 | 1,14 | +0,11 |
| 2 | Середній медперсонал | 290039,00 | 268619,25 | -21419,75 | 250218 | 1,07 | 1,16 | +0,09 |
| Сестра медична | | 221391,00 | 205531,00 | -15860,00 | 192154 | 1,07 | 1,15 | +0,08 |
| Фельдшер | | 3073,50 | 2652,50 | -421,00 | 2491 | 1,06 | 1,23 | +0,17 |
| Акушерка | | 13093,25 | 12249,50 | -843,75 | 11682 | 1,05 | 1,12 | +0,07 |
| 3 | Молодший медперсонал | 152843,50 | 144794,00 | -8049,50 | 137357 | 1,05 | 1,11 | +0,06 |
| 4 | Інший персонал | 146972,00 | 134384,00 | -12588,00 | 122905 | 1,09 | 1,20 | 0,11 |
|  | Всього персонал | 747817,25 | 686850,25 | -60967,00 | 633730 | 1,08 | 1,18 | +0,08 |

Примітка.

\*Номінальний рівень сумісництва – це обсяг роботи, який виконується одним працівником, прийнятим на умовах сумісництва.

\*\*Реальний (фактичний) рівень сумісництва – кількість посад, необхідних для нормальної роботи закладу

Тому є дефіцит:

– лікарів – на 22 % [(123 250 – 157 962,75) : 157 962,75 х 100 %];

– середнього медперсоналу – на 13,7 % [(250 218 – 290 039) : 290 039 х 100 %];

– молодшого медперсоналу – на 10,1 % [(137 357 – 152 843,50) : 152 843,50 х 100 %].

Тому працівників доповнюють за рахунок сумісництва.

Фактичний рівень сумісництва перевищує номінальний:

– лікарів – на 13,3 % (1,28 : 1,13 х 100 – 100),

– середнього медперсоналу – на 8,4 % (1,16 : 1,07 х 100 – 100),

– молодшого медперсоналу – на 5,7 % (1,11 : 1,05 х 100 – 100);

– загалом – на 9,3 % (1,18 : 1,08 х 100 – 100).

Тому посади за сумісництвом здійснюються в порядку закріплення або розширення обсягу послуг. Загальний час роботи за сумісництвом не повинен перевищувати норми робочого часу, передбаченої ст. 50 Закону про працю. Індекс неповного робочого часу загалом не перевищує 1,5, але робота медичних закладів з надання медичних послуг унікальна, від чого залежить здоров’я та життя пацієнтів. Тому не варто перевантажувати медичний персонал роботою, адже їхня втома призведе до зниження якості медичних послуг та помилок у роботі.

*4. Аналіз персоналу за віковим складом (якісний аналіз).*

У цьому процесі аналізу кількість працівників медичних закладів оцінюється за віковими категоріями: до 20 років; від 20 до 30 років; від 30 до 40 років; від 40 до 50 років; від 50 до 60 років; пенсіонери — та визначаються зміни у штатній структурі за аналізований період.

*5. Аналіз кваліфікаційного рівня персоналу (досвід роботи, категорія).*

Професійний стаж медичного персоналу оцінюється щорічно (до 5 років, 5-10 років, 10-15 років, 15-20 років, 20-25 років, 25-30 років, 30 років і більше) та за кваліфікаційними категоріями (друга, перша, вища). За допомогою аналізу можна визначити рівень кваліфікації медичного персоналу, що вплине на якість медичних послуг та ефективність роботи медичних закладів.

*6. Аналіз рівня підготовки та атестації кадрів.*

Мистецькі норми. 19.11.92 р. Статтею 75 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачено підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників. І в «художньому» проекті. Статтею 77 Закону визначено, що медичні працівники мають право проходити підвищення кваліфікації та не менше як перепідготовку у відповідних установах та установах кожні п’ять років.

Розвиток кар'єри, перепідготовка, атестація та інші питання регулюються рядом законодавчих та нормативно-правових актів:

Положення про післядипломне навчання лікарів (провізорів), затверджене наказом МОЗ від 22.07.1993 р. № 166-професійні курси, цикли удосконалення тематики, інформаційні курси та стажування;

Щодо Положення про порядок атестації провізора, затвердженого наказом МОЗ від 12.12.06 р. № 818, атестація рівня знань і практичної кваліфікації визначається професійним присвоєнням (підтвердженням) «провізора-експерта»; свідоцтво про присвоєння кваліфікаційної категорії, атестація на підставі підтвердження кваліфікаційної категорії;

Положення про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою затверджено постановою МОЗ від 23.11.07 № 742 – атестація на присвоєння кваліфікаційних категорій; атестація на підтвердження кваліфікаційних категорій;

Деякі питання безперервного розвитку лікарів затверджені наказом МОЗ від 22.02.19 № 446 – атестація знань і практичних навичок визначається шляхом присвоєння (підтвердження) звання «лікар-спеціаліст»; атестація кваліфікації присвоєння категорії; атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії;

Положення про спеціалізацію (інтернатуру), затверджене наказом МОЗ від 19.09.96 № 291; наказ МОЗ від 7 вересня 1993 року № 198 «Про підвищення кваліфікації молодших спеціалістів, які здобувають медичну та фармацевтичну освіту; інші нормативні документи.

Тому, аналізуючи підготовку, перепідготовку та атестацію медичних працівників, кількість працівників, які проходять курси підвищення кваліфікації та атестацію, слід оцінювати за типом навчання та динамічними змінами. Цей вид аналізу дасть інформацію про рівень кваліфікації медичних працівників, кількість працівників, які розвивають свої навички, професійні якості, поглиблюють професійні знання та практичні навички.

Перед створенням системи набору персоналу необхідно провести комплексну роботу з оцінки індексу:

- персональний потік, штатний розклад, рівень комбінації, потік персоналу та кваліфікація персоналу;

- помилки в роботі допущеного медичного персоналу, пов'язані з непрофесіоналізмом. Помилки завдають шкоди іміджу медичних закладів, конфліктів між лікарями та пацієнтами, скарг, а в гіршому випадку – призводять до смерті пацієнтів та кримінальних справ;

- кількість працівників, які не склали іспит і були визнані невідповідними займаній посаді, яку вони прийняли або працюють протягом строку випробування (ст. 40 п. 11 КЗпП);

- кількість працівників, які не відповідають займаній посаді або роботі через недостатню кваліфікацію (ст. 40, п. 2 Закону про працю);

- число працівників, що не відповідає посаді по стану здоров'я, що перешкоджає продовженню цієї роботи (особливо лікарям, радіологам, рентгенологам, сонографам, які працюють з небезпечними інфекційними захворюваннями);

- кількість порушень трудової дисципліни працівниками. Порядок покарання за порушення трудової дисципліни встановлено ст. 147 Закону про працю. Види порушень трудової дисципліни: систематичне невиконання працівників, невиправдані зобов’язання (п. 3 ст. 40 КЗпП), прогул (п. 4 ст. 40 КЗпП), поява на роботі в нетверезому стані, під наркозом або отруєнням ( п. 7 ст. 40 КЗпП), крадіжка на робочому місці (п. 8 ст. 40 КЗпП), тяжке порушення трудового права (п. 1 ст. 41 КЗпП), працівник, який виконує виховну функцію, вчинив неетичний злочин, що є невідповідним. з продовженням роботи (п. 3 ст. 41 КЗпП), запізнився на роботу та самовільно залишив робоче місце (для порівняння використовуються дані про прогули);

- збільшився виробничий травматизм нового медичного персоналу через недотримання правил безпеки поводження з медичним обладнанням, хімікатами тощо.

Оцінка вищезазначених показників допомагає виявити прогалини в системі розвитку людських ресурсів та окреслити основні шляхи вдосконалення.

Ефективна система підбору персоналу базується на визначених потребах у співробітниках, кваліфікації, досвіді, віці та стані здоров’я, швидкої адаптації в колективі з урахуванням психологічного профілю кандидата.

З цією метою медична установа повинна:

- встановити чіткі вимоги до кандидатів (стать, вік, досвід, сімейний стан, стан здоров’я, можливість відряджень, у тому числі вміння довгих та швидко адаптуватися в колективі);

- розробити анкету, що містить запитання, щоб менеджери могли приблизно зрозуміти ділові якості (кваліфікація, досвід, здатність швидко навчатися, працездатність, навички взаємодії з пацієнтами, організаторські здібності тощо) та особистісні якості (неконфліктність, старанність, цілеспрямованість, дисциплінованість, порядність, пунктуальність тощо);

- визначити перелік питань, які будуть задані кандидатам на посаду на співбесіді;

- визначити спосіб пошуку кандидатів на посаду (реклама, онлайн-рекрутинг, на сайті медичних закладів, навчальних закладів, кадрових установ, центрів зайнятості, на основі рекомендацій співробітників, знайомих чи записів) залежно від фінансових можливостей. Кадрові організації можуть знайти високопрофесійних експертів, але такі послуги недешеві. Отже, якщо стратегічний план компанії передбачає збільшення штату, витрати на підбір персоналу мають бути відображені у фінансовому плані;

- визначити обов'язкове (за бажанням) резюме або рекомендацію попереднього місця роботи, розробити систему оцінки роботи працівників під час випробувального терміну [30].

Якщо медичний заклад цінує власний імідж, планує розвиватися, впроваджувати нові медичні послуги, інноваційні технології, розширювати коло пацієнтів, розвивати демонстрацію мікробізнесу і розміщувати його на своєму сайті, не буде зайвим.

Аналіз раціонального використання трудових ресурсів у медичних закладах дозволить: правильно визначити потреби в кадрах; зменшити плинність кадрів; правильно скласти бюджети витрат на працівників; налагодити ефективну систему набору; уникнути конфліктів між працівниками; зменшити скарги пацієнтів та невдоволення лікуванням та лікарями; уникнути зайві витрати на постійний підбір працівників через плинність кадрів; уникати коригування витрат на працівників, які не відповідають займаній посаді; підвищувати ефективність використання коштів заробітної плати; підвищувати ефективність діяльності підприємства.

Тому центральне положення плану економічного розвитку разом з інвестиційною політикою належить політиці зайнятості та використання людських ресурсів. При його формулюванні слід враховувати показники, надані медичним персоналом галузі, і проводити розрахунки за рекомендованим методом аналізу.

**2.3. Шляхи вирішення проблем формування та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров’я**

Хоча понад 70% витрат України на охорону здоров’я витрачається на медичний персонал, це не покращило якість медичної допомоги. Проблема медичних кадрів глобальна. Міжнародні експерти зазначають, що без належної підготовки медичних працівників будь-які найсучасніші технології та медичні досягнення не можуть мати позитивного впливу на здоров’я населення [21].

Однією з основних проблем формування ефективної кадрової політики в Україні є відсутність єдиної стратегії кадрової політики у сфері охорони здоров’я. Істотними недоліками сучасного персоналу галузі є:

- недостатнє забезпечення медичними кадрами та низьке використання наявного потенціалу;

- медичні працівники значно старіють;

- регіональні та відомчі відмінності у штатному розкладі;

- зниження рівня кваліфікації медичного персоналу;

- механізм державного нагляду за кадровою політикою у сфері охорони здоров’я слабкий (відсутність загальнодержавної концепції кадрової політики у цій сфері);

- план контролю за працевлаштуванням молодих спеціалістів не досконалий;

- недосконалий механізм відбору медичних закладів у коледжі та університети;

- недосконала система планування кадрів у сфері медицини та охорони здоров’я;

- відсутність мотивації та зацікавленості у покращенні роботи медичних працівників;

- якість медичної підготовки не відповідає вимогам і потребам сучасної медицини та завданням медичної реформи [7].

Одним із найпотужніших інструментів реформування охорони здоров’я є ефективна кадрова політика. Формування національної кадрової політики у сфері охорони здоров’я є нагальною потребою та умовою успішного здійснення реформ державного управління у цій сфері. Від наявності персоналу та його професіоналізму залежить якість та своєчасність надання медичних послуг.

Від рівня забезпеченості медичними закладами та професійного рівня медичного персоналу залежить якість та доступність медичних послуг для жителів цієї країни. Реалізація ефективної кадрової політики в системі охорони здоров’я є важливим інструментом реформування системи охорони здоров’я. Факторами успіху розвитку медицини будь-якої країни є професійна освіта, професійна наука та практична діяльність.

Створення умов для активної роботи медичних працівників є одним із напрямків розвитку медичної та оздоровчої системи, а також є запорукою підвищення ефективності роботи медичного персоналу.

Цей процес можна регулювати шляхом встановлення професійної автономії та системи корпоративної відповідальності персоналу кожного медичного закладу. Із запровадженням автономії з’явиться можливість регулювати медичну діяльність кожного лікаря «зсередини». Крім того, ця зміна дозволить за допомогою матеріального та морального стимулювання підвищити мотивацію до постійного вдосконалення кожного члена колективу, що покращить якість надання медичної допомоги. Національна кадрова політика повинна бути спрямована на узгодження чисельності та структури медичного персоналу з обсягом діяльності та системою оплати праці персоналу відповідно до складності, якості та кількості роботи.

При усуненні диспропорцій та кадрового дефіциту можна вжити таких заходів:

- удосконалити методику розрахунку потреб медичного персоналу з урахуванням структурних змін у сфері охорони здоров’я та розвитку громадського партнерства;

- затвердження методики розрахунку потреб медичних сестер в українських медичних установах.

Крім того, у сучасному середовищі, що динамічно змінюється, медичні працівники потребують безперервної освіти [1].

Для вирішення проблеми кадрового забезпечення у сфері наукової інновації охорони здоров’я необхідно подальше підвищення якості наукової підготовки та розвиток науково-інноваційного потенціалу медичних працівників, безпосередньо залучених до процесу наукової інновації: огляд магістерських програм та докторські ступені, забезпечити курси підвищення кваліфікації науковців для формування ключових здібностей науковців, а за рахунок підвищення статусу вчених запровадити ефективні механізми мотивації та оцінки роботи дослідників, у тому числі широке використання матеріальних та нематеріальних стимулів для окремих дослідників та дослідницьких колективів для створення умови студентської науки та підтримки молодих науковців для реалізації комплексу заходів щодо підвищення визнання вітчизняних вчених у світовому науковому співтоваристві.

Уряди всіх рівнів повинні сформулювати відповідну кадрову політику для ліквідації дефіциту медичних працівників та підвищення їх кваліфікації. При цьому рекомендується вдосконалювати управлінські навички адміністративного персоналу, що особливо необхідно при проведенні реформи первинної медичної допомоги.

Взагалі кажучи, об’єктивно необхідно сформулювати парадигму формування кадрового потенціалу в системі охорони здоров’я. Метою реорганізації вищої медичної освіти для стратегічного розвитку системи охорони здоров’я України є підготовка фахівців, здатних впроваджувати новітні інноваційні технології охорони здоров’я відповідно до мінливих соціально-економічних умов. Методологічні засади експертної системи охорони здоров'я та формування здоров'я технічної підготовки можна сформулювати у вигляді наступної парадигми (рис. 2.2).

Критерії

Інноваційні кластери

***Професійна мобільність викладачів***

***Професійні компетенції студентів***

Навчально-методична

Науково-дослідницька

Організаційно-адміністративна

Модераторська

Інтегральні

Загальні

Спеціальні

***Інфраструктура формування кадрового потенціалу***

Інноваційна

Освітня

Соціальна

***Інноваційні технології здоров’ятворчості***

Види

***Мета та завдання системи охорони здоров я***

Рис. 2.2. Парадигма формування кадрового потенціалу системи охорони здоров’я

Основними модулями цієї парадигми є «цілі та цілі системи охорони здоров’я», «професійна мобільність викладачів», «інфраструктура розвитку людських ресурсів», «професійні можливості випускників», «інноваційні технології охорони здоров’я». Мета і завдання є системоутворюючими факторами парадигми кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я. Головна мета – попередити захворювання, а не лікувати потім, тобто зробити організм здоровішим, молодшим (біологічний вік) і ефективнішим. Іншими словами, завдання — розробити план здоров’я людини.

Основною ланкою у формуванні кадрового потенціалу є професійна мобільність педагогів (навчальна, наукова, організаційно-адміністративна, модерація). Освіта вчителів і впорядкована професійна мобільність залежать від:

* використання інформаційно-комунікаційних технологій, розробка нових стандартів і робочих процедур і підручників, методики освітніх технологій і варіантів навчання з урахуванням конкретних умов предмета;

- організації проектної діяльністі учнів;

- всебічного використовування сучасних методів та засобів навчання.

Дослідницька та професійна мобільність факультету включає:

- постійно розширювати можливості та оновлювати наукові знання;

- використовувати результати досліджень у навчальному процесі.

Характеристиками організаційної та адміністративної мобільності є:

- пошук продукції, інформації, матеріалів і часових ресурсів;

- систематичне оновлення бази даних плану академічної мобільності.

Мобільність модератора включає:

- пошук і застосування методу систематичних і структурованих семінарів, прийняття прозорих методів для ефективної підготовки, проведення та результатів курсів, постановка ключових питань, розробка алгоритмічної структури практичних курсів, вибір технології та відповідної форми;

- креативно застосовувати набір прийомів і прийомів для організації взаємодії в групах для прийняття рішень.

Основними елементами, що становлять кадрову інфраструктуру системи охорони здоров’я, є інноваційна частина (впровадження інноваційних технологій, розвиток проектного менеджменту та інтегрованого моделювання, інноваційне обладнання центру охорони здоров’я), освітня частина (програма підготовки спеціалістів у галузі менеджменту технологій) та соціальної складової (будівництво інфраструктури та соціальних об’єктів лікувально-профілактичних закладів).

Інноваційна технологія формування здоров’я – це інноваційний метод і метод діяльності, спрямований на створення та реалізацію медико-соціальної інновації, і її впровадження призведе до якісних змін у здоров’ї. Крім того, слід зазначити, що до характеристик інноваційної діяльності в галузі охорони здоров’я належать масштабні проекти та значна невизначеність у складності інновацій, а також складність оцінки впливу інновацій. У більшості випадків в практику впроваджується зворотна інновація (впровадження деяких забутих методів у сучасну практику), сутність (впровадження раніше невикористаних інновацій), симуляція (відомі методи плюс деякі інновації) та комбінація (об’єднання кількох відомих блоків) [14].

Стандартна оцінка інноваційних технологій, що сприяють здоров’ю, може допомогти підвищити їх ефективність:

- новинка,

- висока ефективність,

- творчий масштабний додаток,

- чітке розуміння,

- технологічність вимірювання,

- стабільність позитивних результатів і оптимальність (отримання високих результатів при найменших витратах часу, матеріальних, розумових і фізичних витрат).

Розвиток інноваційних технологій в рамках інноваційно-орієнтованого кластеру сприяє поступовому розвитку системи охорони здоров’я. Серед них такі основні елементи, як створення стабільного та безпечного середовища під час навчально-виробничої діяльності, проведення профілактичних оглядів, усунення факторів ризику для здоров’я, пропаганда здорового способу життя та здоров’я. Конкретні інноваційні кластери складаються з комплексних видів діяльності та розрізняються за такими напрямками:

- продемонструвати формування системи заходів, сприятливих для середовища проживання;

- моніторинг умов відпочинку та трудової діяльності;

- виявлення професійних захворювань, динамічний контроль за станом здоров'я працівників, формулювання лікувально-оздоровчих заходів;

- гігієнічна атестація, діагностика та профілактика професійних захворювань;

- створення оздоровчого центру.

Пріоритетом профілактичної медицини в кластері є формування кадрового потенціалу в системі охорони здоров’я. Його реалізація значною мірою залежить від підготовки нових лікарів на основі професійних можливостей (комплексних, загальних, спеціальних).

Комплексні професійні здібності включають критичний аналіз та оцінку сучасних наукових досягнень, пов’язаних із пошуковими завданнями, що підтверджують лікувально-профілактичні заходи, впровадження інновацій у діяльність центрів охорони здоров’я та вирішення актуальних проблем охорони здоров’я.

Загальні професійні здібності забезпечують здійснення науково-дослідницької, соціально-особистісної, комунікаційної, проекційної та організаційної діяльності.

Спеціальна професійна здатність – захистити співробітників компанії від можливих несприятливих умов життя, роботи чи навчання, усунути шкідливі звички, формувати здоровий спосіб життя, обстежити здоров’я людини.

У діяльності центру системи охорони здоров’я одне з основних місць займає профілактика (первинна, вторинна, третинна). Метою пропаганди первинної профілактики є усунення етіологічних факторів (що викликають розвиток конкретних захворювань) або факторів ризику для здоров’я (що викликають або підвищують ризик розвитку патології/прогресування захворювання за певних умов). Об'єктом пропаганди первинної профілактики є джерело зовнішнього середовища та механізм виникнення/передачі захворювання. Їх основні принципи включають:

- соціально-санітарний моніторинг здоров'я та навколишнього середовища;

- виявлення та усунення ризиків для здоров'я;

- зниження техногенного забруднення до нешкідливого або технічно можливого рівня;

- розрізняти заходи за конкретними умовами виробництва та обсягом шкідливих викидів;

- управління небіологічними факторами ризику.

Основними заходами зміцнення здоров’я в первинній профілактиці є:

- зменшити ризик потенційного шкідливого впливу факторів зовнішнього середовища на організм;

- формування ЗСЖ;

- заходи щодо запобігання розвитку фізичних та нервово-психічних захворювань;

- профілактика/запобігання нещасним випадкам і травмам, спричиненим неприродними причинами;

- усунути/знизити рівень впливу факторів ризику, виявлених при профілактичних медичних оглядах.

Метою розвитку вторинної профілактики є раннє виявлення патологічних станів та запобігання хронічним захворюванням. Їх мішень – захворювання в гострій і підгострій стадіях. Основними принципами вторинної профілактики є:

- догігієнічна діагностика, яка базується на виявленні факторів зовнішнього середовища, які можуть мати шкідливий вплив на функціональний стан організму;

- визначити групу ризику населення через проживання в несприятливих умовах;

- клініко-оздоровча реабілітація людей в небезпечних і небезпечних зонах;

- реабілітація-ремонт і корекція, включаючи відновлення пошкоджених функцій організму та діагностику відновлення;

- організувати «активний медичний огляд»;

- наука про життя та медична оцінка та корекція способу життя;

- проводити систематичну профілактичну оздоровлення населення.

Основними заходами зміцнення здоров’я у вторинній профілактиці є:

- диспансерний огляд;

- профілактичне лікування та цілеспрямована реабілітація;

- медико-психологічна адаптація;

- зменшення ризику шляхом модифікації факторів ризику;

- захист пацієнтів та їх працездатності;

- формування правильного уявлення про якість життя, змінену хворобою;

- проводити гігієнічне навчання пацієнтів та членів їх сімей, пов’язаних із захворюванням.

Метою пропаганди третинної профілактики є попередження можливих ускладнень розвиненого патологічного процесу. Вони спрямовані на інвалідність та передчасну смерть. Основними принципами первинної профілактики є:

- проводити систематичний медичний нагляд та функціонально-діагностичне обстеження хворих на хронічні захворювання;

- інтенсивне протирецидивне лікування пацієнтів із хронічними захворюваннями в неблагополучних районах;

- підвищити опірність і біологічну надійність організмів.

Основними заходами зміцнення здоров’я в третинній профілактиці є:

- реабілітація пацієнтів;

- відновлення професії та соціального статусу;

- запобігання рецидиву;

- компенсація за обмеження життєдіяльності.

До основних типів профілактичних програм належать: вертикальні (вирішення конкретних проблем за допомогою конкретних застосувань); комплексні/горизонтальні (з використанням довгострокових заходів для вирішення загальних проблем); глобальні/загальні (поєднання заходів вертикального та горизонтального планування).

Існують наступні основні види профілактичних програм:

- медична – інформація про небезпечні наслідки явища;

- виховні дії, спрямовані на осіб, здатних приймати самостійні рішення;

- соціально-політична – формувати громадську думку на основі місцевих особливостей;

- «Дії для здоров'я» – дії щодо переконань і посилення пов'язаних з ними мотивацій.

Система охорони здоров'я в сучасних умовах потребує нових методів підготовки фахівців на основі охорони здоров'я. Парадигма розвитку людських ресурсів системи охорони здоров’я складається з таких модулів: «Цілі та завдання системи охорони здоров’я», «Професійна мобільність викладачів», «Інфраструктура розвитку людських ресурсів», «Професійні здібності студентів», «Професійна мобільність викладачів». «Інноваційні технології охорони здоров’я».

**Висновки до розділу 2**

Аналіз стану медичного персоналу виявляє негативну тенденцію надання медичної допомоги, яка проявляється у надмірній кількості ліжок та різкому зменшенні чисельності медичного персоналу, що призводить до «нецивілізованого» співвідношення між лікарями та сестринськими сестрами. персонал, а також низький рівень захисту населення лікарів загальної практики. Питома вага медичного персоналу пенсійного віку висока, а кадровий рівень деяких професійних медичних посад низький.

Наслідки проблем вищої медичної освіти в Україні є певними, особливо низька конкурентоспроможність випускників вищих медичних навчальних закладів України, якість підготовки лікарів знизилася за останні 10-15 років, підготовка професійних лікарів не включає тільки навчання в медичних ВНЗ, а й професійна післядипломна підготовка (інтернатура).

Аналіз статусу медичного персоналу дозволяє визначити особливості потенціалу кадрів у цій сфері, зокрема нерівномірний розподіл кадрів (лікарів і медичних сестер в Україні); незадоволеність попитом на обласних терапевтів та педіатрів; недостатнє забезпечення лікарями сільського населення, кількість і структура медичного персоналу не відповідають стратегічним завданням реформування медичної системи.

Враховуючи те, що проблема визначення потреби в медичних кадрах є одним із провідних питань раціоналізації стратегій розвитку медицини, підтверджено напрямок кадрового аналізу медичних закладів: аналіз чисельності персоналу, аналіз кадрового забезпечення, аналіз наповненості кадрів; аналіз персоналу за віком; аналіз рівня кваліфікації працівників; рівень підготовки та атестації аналітиків.

При створенні системи відбору персоналу медичних закладів було підтверджено склад показників оцінки: 1) показники плинності кадрів, штатного розпису, рівня сумісності, плинності кадрів та кваліфікації персоналу; 2) неправильних показників, пов’язаних з непрофесійною роботою прийнятого медичного персоналу; 3) індекс чисельності працівників, які не пройшли оцінку, не відповідає зайнятій посаді, або виконаній за час випробування роботі; 4) індекс кількості працівників, які не відповідають займаній посаді чи роботі через недостатню кваліфікацію; 5) кількість працівників, стан здоров’я яких не відповідає займаній посаді, перешкоджає продовженню цієї роботи; 6) кількість порушень трудової дисципліни найманими працівниками; 7) через недотримання правил безпеки поводження з медичним обладнанням та хімікати. Показник збільшення випадків виробничого травматизму нового медичного персоналу. Оцінка вищезазначених показників допомагає виявити прогалини в системі розвитку людських ресурсів та окреслити основні шляхи вдосконалення.

Підтвердилася парадигма формування таланту в системі медицини та охорони здоров’я. Парадигма розвитку людських ресурсів складається з таких модулів: «Мета та цілі системи охорони здоров’я», «Професійний потік викладачів», «Інфраструктура розвитку людських ресурсів», «Професійні здібності студентів», «Інновації в галузі охорони здоров’я». технологія «догляд». Методологічною основою розвитку системи охорони здоров’я є створення інноваційного освітнього середовища за допомогою інноваційних методів, оновлення складу та структури освітніх програм, формування найважливіших професійних здібностей здоров’я.

**РОЗДІЛ 3**

**ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ КЕРІВНИХ КАДРІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я**

**3.1. Керівні кадри як основний кадровий потенціал охорони здоров’я**

Найменші, але найважливіші в управлінні охороною здоров’я повинні складатися з найбільш кваліфікованих і талановитих фахівців із загальної кількості управлінського персоналу охорони здоров’я. Особливу увагу слід приділяти підбору та розміщенню керівників на цьому рівні, а також їх спеціальної підготовки з організації та управління охороною здоров’я.

Дані медико-соціального аналізу [4] показують, що в управлінні медичними лікарями в основному займається особа, яка відповідає за установу, тоді як в установах управління охороною здоров’я їх основна функція полягає у формуванні політики охорони здоров’я. Етап, який становить незначну частину від загальної кількості лікарів цієї спеціальності.

Призначаючи недосвідченого молодого лікаря до лікарні чи поліклініки на керівну посаду (головним лыкарем), їхня концепція організації охорони здоров’я дуже розпливчаста, а органи охорони здоров’я вищого рівня виберуть найпростіший і найменш правильний шлях вирішення важливих питань підбору та працевлаштування. тому що молодого лікаря легше замовити, і легше змусити його робити те, що він може робити, він не дуже хоче чи не знає достатньо. І це неправильно, тому що найближчим часом на таких кадрів покладатися не буде, а більшість із них не стануть експертами в галузі охорони здоров’я до повернення до медичної роботи.

Саме ця невпевненість у тому, що шлях, обраний медичними працівниками, правильний, і довгостроковий вибір змусив менеджерів охорони здоров’я продовжувати вважати себе хірургами, терапевтами чи іншими експертами – клініцист, але не організатор охорони здоров’я.

39,4% керівників охорони здоров’я зайняли посаду випадково [4]. Крім того, було виявлено, що це найчастіше практикувалося або практикувалося до провідних клінічних спеціальностей (терапевтика, хірургія, акушерство та гінекологія, педіатрія). Така ситуація змушує людей сумніватися в доцільності використовуваної практики, тому що під час підготовки лікарів додипломний план охорони здоров’я та здоров’я школи профілактики є більш комплексним і насиченим, ніж такі ж плани лікарів усіх інших коледжів, у тому числі й лікування.

Наразі слід розглянути такі аспекти діяльності керівників, які визначають особливості їх підготовки:

1. Підвищити напруженість праці, інтелектуальну та емоційну напругу сучасних керівників, необхідну для ефективної діяльності організації, грамотної кадрової політики, створення ефективного трудового колективу.

2. Безперервне екологічне забруднення організму (дезадаптація і хронічний стрес) призводить до зниження якості здоров'я, позначається на працездатності керівника, а потім впливає на роботу організації.

3. У роботі відповідального є багато тиску: складність і невідповідність національних законів і нормативних актів, низький ентузіазм працівників, необхідність постійного контролю за їхньою діяльністю, відсутність взаєморозуміння та конфлікти з діловими партнерами, постійна нестача часу, надмірна, але не завжди. Це розумний контроль лідерства, відчуття невідповідності між зусиллями та реальними результатами, втрата сенсу та тиск, щоб не досягти надії.

4. Необхідно підтримувати хорошу форму та підтримувати високий рівень здоров’я.

5. Лідери мають високі вимоги до своєї особистості та рівня. Вони повинні не тільки вміти приймати адекватні управлінські рішення та відповідати за прийняття рішень, але й уміти свідомо зв’язуватися з власним фізичним станом, регулювати психологічні процеси (керувати своїми власні емоції) і думки, успішно адаптуватися до соціально-політичного, економічного та управлінського середовища, прогнозувати і керувати стресом.

6. Зростає значення психосоціальних методів управління. Кінцевою метою є зміна трудової поведінки працівників, їх емоційного стану, пізнання (знань, отриманих в результаті пізнавального процесу) та поведінкової інтенції (намір, що веде до дії), а саме зміна ставлення до співробітників.

7. Необхідно вивчати пізнавальний процес у свідомості як суб'єкт управління та об'єкт впливу на виховання [4].

Частка менеджерів охорони здоров’я, які незадоволені своєю роботою, різниться на різних рівнях управління охороною здоров’я. У відповідь на причини такого невдоволення лікарі зазвичай згадують кілька:

1. Недостатня матеріальна винагорода.

2. Незадоволений важливістю виконаної роботи.

3. Перевтома, відсутність вільного часу для задоволення особистих інтересів.

4. Як професійний лідер у сфері охорони здоров’я, відсутність перспектив зростання.

5. Невизначеність у завтрашньому дні, можливість раптового звільнення.

Слід також мати на увазі, що менеджери охорони здоров’я зазначали, що перевантаження в основному пов’язане з великою кількістю зустрічей, тоді як велика кількість дрібних завдань надходить від керівників вищого рівня. Все це змушує керівника майже весь час бути зайнятим щоденними дріб’язковими справами, і в цих дріб’язкових справах він не бачить усієї важливості своєї діяльності. Очевидно, що таке невдоволення ними в управлінській роботі з охорони здоров'я пов'язано переважно з невмінням особисто організувати свою роботу та роботу своїх підлеглих.

Результат відсутності навмисної систематичності в роботі. Останнє отримують шляхом поєднання досвіду з загальними талантами високого рівня або спеціальної підготовки в управлінській організації. Тому шлях усунення незадоволеності керівників охорони здоров’я своєю роботою — підвищення якості спеціальної підготовки до виконання ними керівних функцій.

Найбільш логічний і правильний спосіб формування медичних менеджерів повинен включати всі етапи від зростання до керівника організації, і не повинен оминути заклад як один з початкових етапів посади головного лікаря в лікувально-профілактичному закладі. З точки зору правильної реалізації принципів підбору та розстановки керівників, і навіть з точки зору керівників вищого рівня в управлінні охороною здоров’я, порушення цієї процедури слід вважати небажаним.

За даними психологічного тестування медичного керівного персоналу та самооцінки особистих і професійних якостей відповідального за орган управління медичним персоналом, як ознаки керівного персоналу визначаються такі характеристики:

- сильне бажання досягти мети;

- мати тверду впевненість у власних силах;

- вміння творчо вирішувати професійні проблеми;

- найкраще поєднання ризику та відповідальності;

- гнучкість, нестандартність мислення;

- синдром емоційного вигорання.

Із зміною політичної, економічної та соціальної ситуації в Україні відбулися принципові зміни в вимогах керівників усіх рівнів не лише промислової, а й соціальної. Здібності людини, професійна підготовка, сприйняття інновацій та творчий пошук приділяють все більше уваги. Це особливо актуально для сфери охорони здоров’я, оскільки реформи у цій сфері є одними з пріоритетних напрямків реформ, визначених у «Стратегії реформ 2020», Угоді Союзу та Спільній Угоді між Україною та ЄС [7;33].

Реформа охорони здоров’я в Україні передусім потребує підготовки сучасного управлінського персоналу, який може застосовувати широкий спектр навичок, необхідних для впровадження змін на організаційному та політичному рівнях, а також глибокого розуміння проблем і тенденцій у сфері охорони здоров’я [25].

Проблема вдосконалення підготовки менеджерів вітчизняної сфери охорони здоров’я пов’язана з проблемами, з якими на цьому етапі стикаються люди, суспільство та країна, які характеризуються нестачею коштів, зниженням якості медичної допомоги, незадовільним матеріально-технічним забезпеченням та послугами. Все більше «тіньових» секторів. Сучасні реалії вимагають формування нової сучасної концепції системи охорони здоров’я, наукової демонстрації та вдосконалення підготовки системи державного управління та прийняття управлінських рішень з метою реорганізації галузі відповідно до суспільних потреб та з урахуванням передового досвіду [35].

Попередня медична система вимагала лідерів, особливо «проривних навичок». Сьогоднішні керівники повинні мати гарну підготовку з багатьох питань, таких як організація, економіка охорони здоров’я та людські ресурси. Це проблема, яку він повинен продовжувати вирішувати на практиці. Якщо раніше головний лікар більше займався відмиванням грошей, закупівлями, будівництвом, організацією медичної допомоги, то сьогодні керівником медичного закладу є насамперед менеджер.

Слід зазначити, що система професійної підготовки менеджменту в галузі охорони здоров’я не є досконалою, а також не існує системи підвищення кваліфікації професійних управлінців.

Сучасна медична система України сформована на основі радянської медичної системи, керівниками медичних закладів усіх рівнів є лікарі, які, як правило, не мають глибокої профільної управлінської підготовки. Тому, на думку деяких експертів [11], якщо відповідальний не досягає достатнього професійного рівня, не можна очікувати високої ефективності організації, регіону, області.

Тому для визначення підготовки та забезпечення закладів управління необхідно враховувати кваліфікаційні, освітні, професійні та інші характеристики цих кадрів (стать, вік, пенсійний статус, середня службова освіта тощо) – одна з яких є лідируючою позицією у підтвердженні стратегії розвитоку охорони здоров'я [28;10].

Програма підготовки менеджерів з охорони здоров’я в розвинених країнах охоплює етапи бакалаврату та магістратури, є можливість отримати ступінь магістра охорони здоров’я, ступінь кандидата та доктора медицини. Рівень магістра можна вважати мінімальним рівнем освіти, необхідним для керівників закладів охорони здоров’я. На цьому рівні лідери мають достатню кількість теоретичних систем знань з менеджменту, етики, права, доказової медицини, економіки та поведінкових наук. Ці курси забезпечують оволодіння конкретними навичками, включаючи конфлікти, прийоми прийняття рішень, стратегічне планування тощо.

В Україні підготовку менеджерів не можна вважати ідеальною. На етапі бакалаврату студенти оволодівають методами дослідження здоров’я населення, елементами доказової медицини, економічними основами та організацією охорони здоров’я. Невелика кількість студентів, які обирають цю тему як курс за вибором, вивчають основи менеджменту [17].

У національному професіональному списку першого рівня немає напряму управління. Менеджери охорони здоров’я в Україні проходять підготовку лише на післядипломній освіті [16]. Двох місяців навчання з обмеженим часом вивчення основних частин (фінансовий менеджмент, якість, медичне право тощо) недостатньо [29]. Сьогодні кар’єрна траєкторія керівника медичного закладу зазвичай така: отримати клінічну професійну освіту, прослужити клініцистом не менше 5 років, призначити на посаду керівника, а потім перекваліфікуватися на «організацію та управління охороною здоров’я».

Проблемою системи професійно-технічної освіти керівників є додатковий план професійної освіти лікарів зі статистики, лікарів з організації та методики, заступників керівників колективів та керівників організацій, закладів управління охороною здоров’я всіх рівнів. Немає чіткої різниці у підготовці кадрів на посадах «головний лікар» та «заступник головного лікаря» (з 1 січня 2019 року ця посада називається «головний лікар»). Цей пробіл існує у визначенні посадових обов’язків та кваліфікаційних вимог до керівників різних рівнів, що, у свою чергу, ускладнює створення їхніх програм професійної освіти. На думку Сіноверського Л.В., модульний принцип навчання може вирішити цю проблему. Принцип модульності означає, що навчальний модуль спрямований на оволодіння здібностями. Студенти обирають модулі, які можуть оволодіти або покращити «проблемні» здібності. У порівнянні з трансляцією подібних програм для студентів різного рівня здібностей світова практика підтвердила ефективність «проблемного» навчання здібностей [40].

На цьому етапі система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації керівників медичних закладів України та безпосередніх керівників медичних закладів потребує серйозної реорганізації. По-перше, необхідно розробити курси з оновленим змістом з урахуванням суспільних потреб та вітчизняного та зарубіжного досвіду, щоб задовольнити потреби України щодо покращення охорони здоров’я та реорганізації галузі охорони здоров’я, запровадити освіту для майбутніх управлінців (бакалавр, магістр) [16].

Тому настав час переглянути теорію формування можливостей управління галуззю та сформулювати єдину стандартну систему підготовки управлінських кадрів для забезпечення модернізації медичної допомоги, що є частиною стратегії національної безпеки.

Сучасні керівники в умовах, що постійно змінюються, повинні розуміти методи управління ресурсами, включаючи кадри, оволодіти методами моніторингу та оцінки якості, ефективністю контролю, а також навичками ефективного управління та прийняття рішень. До відповідального за сучасну медичну допомогу висуваються такі важливі вимоги, що очевидно, що нинішня методика управління – не відповідає вимогам того часу [32].

Завдяки поєднанню навчання впродовж життя та різних видів навчання в післядипломній освіті, а також системної самоосвіти та постійної практичної діяльності як лідера ми можемо досягти кваліфікаційного рівня, який вимагають менеджери у сфері охорони здоров’я.

Тому ефективна реалізація моделі підготовки керівників системи охорони здоров’я — це складна система взаємопов’язаних елементів, що створює організаційно-педагогічні умови для досягнення основних цілей та вирішення проблем у процесі професійного навчання.

**3.2. Шляхи удосконалення підготовки керівних кадрів для охорони здоров’я в Україні**

Формування лікаря – тривалий і клопіткий процес, це органічна єдність практичного досвіду, спеціалізації та постійного вдосконалення знань, тобто всього, що входить у концепцію підготовки фахівця.

Система підготовки та постійного розвитку менеджерів у сфері медичної допомоги має багато особливостей, які негативно впливають на професіоналізм керівників медичної допомоги. З одного боку, є недоліки нормативного правового регулювання, що негативно позначається на системі навчання керівництва. З іншого боку, специфічна ситуація оперативної групи та завдання, які стоять перед нею у своїй професійній діяльності, вимагають унікального методу організації навчального процесу управління у сфері охорони здоров’я.

Наразі посаду відповідального за медичний заклад може обіймати особа з вищим медичним дипломом. Керівникам медичних закладів необхідно не рідше одного разу на п’ять років підвищувати кваліфікацію, що є обов’язковою умовою заміни посади [43].

Що стосується спеціальної підготовки з менеджменту охорони здоров’я, то сьогодні вона здійснюється за програмою додаткової професійної освіти, що включає професійну перепідготовку та підвищення кваліфікації.

Проблемою системи професійно-технічної освіти керівників є саме проекти додаткової професійної освіти для статистиків, кандидатів наук з організації та методики, заступників керівників команд, керівників організацій, установ управління охороною здоров'я всіх рівнів. Немає різниці в підготовці кадрів на посади «головний лікар» та «заступник головного лікаря». Подібні прогалини існують у визначенні посадових обов'язків та кваліфікаційних вимог керівника різних рівнів, що в свою чергу ускладнює створення їх курсів професійної освіти.

Що стосується керівників відділів, то, хоча вони виконують широкий спектр управлінських функцій, вони не закріплені за відділом управління, їм не потрібно брати участь у курсах професійної підготовки «Організація та управління охороною здоров’я», тому атестація не потрібна.

1 січня 2019 року наказом МОЗ України від 31.10.2018 № 1977 «Про доопрацювання Посібника з професійної кваліфікації робітників» 78 випуск «Охорони здоров’я» представив посади генерального директора та його заступників, медичних директорів та завідувачі відділів. Крім того, уточнено їх обов'язки, запроваджено стандарти для керівників національних, регіональних та регіональних агенцій охорони здоров'я, встановлені освітні вимоги до директорів, робота яких не має відношення до організації лікувального процесу.

Генеральний менеджер здійснює стратегічне планування, підготовку бюджету, координацію роботи організації, аналіз економічних вигод, організацію роботи та ефективну взаємодію всіх структурних підрозділів, забезпечує залучення коштів на інвестиційні потреби організації.

Медичний директор спеціалізується на медичних питаннях, зокрема: на засадах доказової медицини розробити та впровадити систему постійного підвищення якості обслуговування медичних закладів, організувати обслуговування пацієнта, координувати зовнішню та внутрішню взаємодію підрозділів закладу охорони здоров’я; організовувати роботу медичного персоналу; постійне підвищення кваліфікації; впровадження сучасних методів діагностики та лікування; організація надання медичних послуг при невідкладних станах; якість надання медичних послуг тощо.

Відповідно до вищезазначених документів до категорій відповідальних осіб належать генеральний директор, заступник генерального директора, медичний директор, відповідальний (відповідальний) структурного підрозділу.

До завдань та обов’язків керівника структурного підрозділу (відповідальної особи) входить ряд організаційних та управлінських функцій, а саме:

- структурний підрозділ, що здійснює управління закладами охорони здоров'я, діяльність яких безпосередньо пов'язана з наданням медичної допомоги (послуг),

- організує лікувально-профілактичну та адміністративно-господарську діяльність відділення;

- співпраця з іншими підрозділами медичних закладів,

- забезпечити надання населенню якісних медичних послуг,

- забезпечення своєчасного отримання та зберігання лікарських засобів та виробів медичного призначення;

- вжити заходів щодо забезпечення належних санітарно-гігієнічних умов експлуатації обладнання;

- контролювати належне ведення, складання та звітування медичної документації керівнику закладу охорони здоров’я;

- розробити та подати на затвердження керівнику розпорядок роботи апарату структурного підрозділу;

- здійснити належне розміщення, використовувати медичний персонал та організувати його роботу,

- створити належні умови праці та забезпечити дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту;

- забезпечити належні умови для досягнення персоналом закладів охорони здоров’я належного професійного рівня, у тому числі організувати професійне навчання та забезпечити своєчасне навчання;

- аналіз показників ефективності.

Щодо освітніх вимог, то в нормативному документі визначено магістра в галузі знань «здоров’я» на рівні диплома, а магістра на рівні післядипломної освіти – інтернатуру за однією з медичних спеціальностей, а потім структурований фаховий підрозділ. Претенденти на цю посаду повинні мати стаж роботи за фахом не менше 3 років.

Ми вважаємо, що для того, щоб лікар став фахівцем-організатором медичної допомоги, йому насамперед необхідно мати досвід практичної роботи, тому трьох років досвіду роботи спеціаліста недостатньо. Організатором охорони здоров’я може бути призначений лікар, який має загальний медичний стаж не менше 5 років, прийнятний навіть найнижчий рівень адміністраторів охорони здоров’я. Тільки за наявності таких базових умов він може професіоналізуватися та покращити організацію охорони здоров’я. Для претендентів на вищі посади стаж має бути більшим – не менше 7 років.

З огляду на те, що керівники відділів належать до керівних посад і повинні виконувати управлінські функції на рівні відділів, вони повинні розуміти чинне законодавство про охорону здоров’я та нормативно-правові акти, що регулюють діяльність закладів охорони здоров’я, трудове законодавство; основи управління; положення про підвищення кваліфікації працівників; стан населення в районі та показники здоров'я населення; порядок ведення обліково-звітної документації та обробки медичної статистики; сучасні класифікації у сфері охорони здоров'я; методи надання медичних послуг пацієнтам у невідкладних ситуаціях; потреба в ліках, медичній техніці, та обладнання, управління охороною здоров'я та маркетингові деталі. Вважаємо, що на рівні постійного підвищення кваліфікації вигідно щорічно проходити навчання з тематичних циклів удосконалення, пов’язаних з організацією структурних підрозділів закладів охорони здоров’я та управлінням охороною здоров’я. Необхідно прийняти диференційований метод навчання відповідно до кваліфікаційної категорії та рівня засвоєння знань.

Слабкий Г.О., Погоріляк Р.Ю. для керівників закладів охорони здоров’я розробили комплексну модель призначення та постійного підвищення кваліфікації (дипломна освіта). Модель наведена в Додатках Б та В.

Основним елементом запропонованої моделі є керівник закладу охорони здоров’я, який пройде підготовку в аспірантурі. Стратегічним напрямком цієї моделі є підвищення ефективності управління медичним закладом на основі посади відповідального за медичний заклад. Тактичний напрямок цієї моделі – удосконалення процесу післядипломної підготовки керівників закладів охорони здоров’я.

Ми згодні із запропонованою моделлю Слабкого Г.О. та Погоріляка Р. Ю., але її ефективність значною мірою залежить від високої мотивації керівництва до здобуття необхідних знань.

Основним об’єктом виховання є особистість, її розвитк, формування і соціалізація. Особистість є продуктом діяльності окремих людей у ​​результаті суспільного розвитку, суб'єктом праці, спілкування та пізнання, що визначається специфічними умовами суспільства. Соціалізація – взаємодія між людиною та суспільством. У цьому процесі індивіди інтегруються в соціальне середовище та адаптуються до соціального середовища шляхом засвоєння людських цінностей, норм, установок, моделей соціальної поведінки, соціальних груп та соціального відтворення. Відносини та соціальний досвід.

Особливості формування та соціалізації особистості значною мірою впливають на результат навчального процесу, який залежить від таких факторів:

1. Задатки – анатомо-фізіологічні особливості організму є передумовою здібностей.

2. Здібності – індивідуальні особливості особистості є суб'єктивними умовами успішного здійснення певного виду діяльності, що виявляється у швидкості, глибині та міцності оволодіння способами та вміннями діяльності. Здібності та нахили організаторів охорони здоров’я слід визначати шляхом оцінки важливих професійних якостей у процесі професійного відбору на конкретну посаду.

3. Навколишнє середовище – реальна реальність розвитку і життя людини (географія, країна, школа, сім'я, суспільство).

4. Спілкування – категорія життя, що виявляється у встановленні та розвитку міжособистісного спілкування та формуванні міжособистісних стосунків.

5. Рівень соціалізації – рівень взаємодії людини і суспільства.

6. Виховання – процес соціалізації, який цілеспрямовано і свідомо контролюється.

7. Діяльність – спосіб життя і спосіб життя, що забезпечує матеріальні умови життя, сприяє самореалізації природних потреб, пізнанню і перетворенню світу, духовному розвитку особистості, реалізації своїх культурних потреб, особистісного потенціалу, реалізації важливих цілей. в житті.

8. Самовиховання – визнання, прийняття та реалізація особистістю об'єктивної мети як мотивації своєї діяльності [4].

Тому для прогнозування результатів навчання менеджерів охорони здоров’я та оцінки бажання конкретних експертів отримувати навчальні матеріали від конкретних викладачів з певним інтелектом, досвідом та якістю викладання необхідно визначити параметри кожного експерта. За ступенем впливу цих факторів слід вибирати склад викладачів, методику викладання навчально-методичних матеріалів, співвідношення навчально-практичних матеріалів, поточну та підсумкову методику атестації.

Об'єкт навчання – організатор охорони здоров'я, зазвичай керівник, робота якого пов'язана з прийняттям управлінських рішень і відповідальністю за його наслідки.

Складність управлінської діяльності вимагає якісного професійного відбору на посади керівників усіх рівнів, постійного контролю за їх відповідністю управлінській діяльності на етапі навчання та в процесі діяльності. Моніторинг базується на оцінці характеристик особистості, здібностей і установок.

План оцінки кожного студента на початку циклу перепідготовки та загального вдосконалення необхідний для циклу планування і включає комплекс тестів для визначення якостей особистості та її освітнього потенціалу (рис. 3.1).

**Рівень соціалізації**

**Характеристика середовища життєдіяльності**

**Стан життєдіяльності** (спілкування, виховання, самовиховання, діяльність)

Оцінка професійної діяльності

Задатки, здатності

Освітній потенціал

Рис. 3.1. Схема оцінки освітнього потенціал організатора охорони здоров’я

Сучасна соціальна ситуація така, що вибір керівних посад відбувається спонтанно під впливом суб’єктивних факторів. Це свідчить про те, що високих результатів навчального процесу очікувати не можна, оскільки виховний потенціал основного колективу студентів спочатку низький. Така команда не вимагає від викладачів високого IQ та глибоких знань, високого рівня теоретичного узагальнення лекційних матеріалів, не потребує серйозної професійної підготовки. З іншого боку, вони потребують якісного викладання, чітких здібностей вчителів, побудови системи навчального матеріалу, вибору найпростіших матеріалів, які можна використовувати для вдосконалення практичних навичок.

Під час підготовки менеджерів охорони здоров’я слід враховувати відомі методи для підвищення ефективності мислення, пов’язаних з евристичними методами обробки інформації:

- знизити впевненість керівників у правильності оцінки своїх розумових здібностей та соціальних умов;

- зрозуміти механізм особливостей власного мислення (психологічні основи сприйняття та інтерпретації інформації);

- удосконалювати здатність повноцінно сприймати інших і ситуації (розумове тренування);

- необхідно опанувати базові знання теорії ймовірностей і статистики, щоб мати достатнє розуміння людей і соціальних умов.

Тому запровадження професіоналізації керівників первинної медичної допомоги може вирішити такі проблеми:

1. Забезпечити кожному новому організатору медичної допомоги необхідні мінімальні можливості організації медичної допомоги, щоб створити умови для наукового здійснення управління.

2. Створити умови, за яких є передумови для діяльності в галузі охорони здоров'я та необхідна спеціальна підготовка з цієї дисципліни. Коли відповідальний за охорону здоров’я не вважатиметься експертом, останній дасть можливість покінчити з фактичною ситуацією. Така ситуація сприятиме підвищенню інтересу лікарів до роботи за професією та підвищенню їх авторитету серед них.

3. Сприяти науковому, раціональному та більш обережному відбору лікарів для організаційної роботи та певною мірою зменшити мінливість управлінського персоналу, що відобразиться на підвищенні загальної ефективності роботи управлінського персоналу.

4. Змінити характер удосконалення управління охороною здоров'я та зробити його особливим предметом. Остання ситуація скоротить тривалість курсів навчання до 1-3 тижнів, покращуючи викладання та роблячи ці курси доступними для більшої кількості лікарів. Підвищення рівня викладання курсів підвищення кваліфікації стане неминучим результатом первинної спеціалізації, оскільки позбавить вас від викладання базових знань з предмету. Разом з тим розширення команди підготовлених лікарів дасть змогу більш реалістично застосовувати прийняті нами нормативні документи, а кожен лікар кожні 3-5 років підвищуватиме кваліфікацію курсу підготовки.

Врахування запропонованих методів і методів організації навчально-виховного процесу дозволить значно підвищити рівень і якість підготовки фахівців за умови наукової та обґрунтованої позиції організатора охорони здоров'я системи професійного відбору та їхнього ентузіазму до отримання необхідних знань. Поки в практиці закладів і закладів охорони здоров’я впроваджуються наукові й обґрунтовані методи управління, сучасні економічні теорії та теорії управління персоналом, а головне — стандарти оцінки діяльності менеджерів, це можливо.

**Висновки до розділу 3**

Система підготовки професійних менеджерів у сфері медицини та охорони здоров’я не є досконалою, а поетапна система підготовки професійних менеджерів ще не завершена. Українські менеджери охорони здоров’я проходять навчання лише на рівні магістратури. Однак двох місяців навчання з обмеженим часом вивчення основних частин (фінансовий менеджмент, якість, медичне право тощо) недостатньо.

Описані всі аспекти діяльності керівника, які визначають особливості його підготовки: підвищення інтенсивності праці, інтелектуальної та емоційної напруженості; постійне екологічне забруднення організмів; у роботі багато тисків; необхідність підтримувати хорошу форму тіла та підтримувати високий рівень здоров'я; високі вимоги до особистості і рівня лідерів; зростає значення методів управління соціальною психологією; пізнавальний процес у свідомості потребує вивчення як суб'єкта управління та об'єкта виховного впливу. Ці характеристики, а також причини незадоволеності керівників медичних закладів своєю роботою (недостатня матеріальна винагорода; невдоволення важливістю виконаної роботи; перевантаженість; відсутність перспектив зростання; невизначеність у майбутньому) розглядаються при підготовці.

Підтверджується необхідність зміни підготовки менеджерів охорони здоров’я, що передбачає: 1) тематичний план удосконалення керівників систем охорони здоров’я відповідно до досвіду роботи та наявності кваліфікаційних категорій готувати та проводити курси різними способами; 2) визначення потреби системних адміністраторів охорони здоров'я в плануванні навчальних програм кафедри післядипломної освіти та аспірантури, рекомендується провести попередні соціологічні дослідження для визначення необхідних напрямів, тем і форм навчання майбутніх студентів.

Сприяти формуванню ефективної кадрової політики охорони здоров’я можуть заходи з підготовки та перепідготовки фахівців кадрової служби в медичних закладах. Підготовка фахівців у сфері організацій охорони здоров’я та служб управління персоналом дозволяє використовувати сучасні методи та інструменти, запропоновані Всесвітньою організацією охорони здоров’я та широко використовуються в міжнародній практиці охорони здоров’я, для вирішення тактичних завдань кадрової політики медичних закладів. Запропонований алгоритм навчання та використання керівників у сфері охорони здоров’я та керівників медичного персоналу є динамічним і забезпечує можливість постійного оновлення та вдосконалення.

**ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ**

1. Поняття «кадровий потенціал» описує людські ресурси підприємства, галузі, професійні можливості та навички, щоб впливати на конкретні сфери діяльності та довгостроковий статус-кво. Хоча існують подібні поняття, особливо «трудовий потенціал», для вирішення цільових перспектив розвитку галузі необхідно використовувати поняття «людські ресурси».

2. Визначити особливості лікувально-оздоровчих закладів, які впливають на формування кадрового потенціалу: результати роботи важко визначити; основні види діяльності є вузькоспеціалізованими; відсутність невизначеності та неправильних прав; необхідність тісної координації роботи різних підрозділів; якість працівників висока; адміністративна влада; необхідність контролю; складна координація роботи та розподіл повноважень та відповідальності.

3. Існують докази того, що використання зарубіжного досвіду для формування кадрової політики підвищить ефективність використання кадрових ресурсів української медицини. Загальною тенденцією розвитку медичних послуг за кордоном є посилення поділу праці між працівниками певної кваліфікації та професійними групами. Чисельність і функції сестринського персоналу та численних категорій галузевого персоналу продовжують зростати та розширюватися, що дає змогу зменшити навантаження на лікарів та зменшити їхню частку в загальній зайнятості в галузі охорони здоров’я. Вважаємо, що цю тенденцію слід також враховувати при формуванні кадрів у системі охорони здоров’я.

4. Аналіз стану медичного персоналу показує, що ресурсозабезпечення медичної системи демонструє негативну тенденцію, що проявляється надмірною кількістю ліжок та різким скороченням кількості медичного персоналу, що призводить до «нецивілізованого» ресурсного забезпечення населення, низької забезпеченості населення практикуючими лікарями, високою часткою медичного персоналу пенсійного віку, низькорівновою укомплектованістю окремих професійних медичних посад.

5. Є підстави для аналізу штатного розпису медичних закладів, у тому числі: аналіз чисельності персоналу, аналіз штатного розпису, аналіз штатного персоналу, аналіз складу персоналу за віком, аналіз рівня кваліфікації персоналу, рівень підготовки та сертифікації аналітиків. При налагодженні системи набору в заклади охорони здоров’я визначено сім комплексів показників для оцінки. Оцінка вищезазначених показників допомагає виявити прогалини в системі розвитку людських ресурсів та окреслити основні шляхи вдосконалення.

6. Емпірична парадигма потенціалу персоналу системи охорони здоров’я, що включає такі модулі: «Мета та завдання системи охорони здоров’я», «Професійна мобільність викладачів», «Інфраструктура розвитку людських ресурсів», «Професійна компетентність учнів», «Інноваційні технології, створені здоров’ям».

7. Система підготовки професійних управлінських кадрів у сфері медицини та охорони здоров'я не є досконалою, а система поетапної підготовки професійних управлінських кадрів не є досконалою. Українські менеджери охорони здоров’я проходять лише післядипломну підготовку. Однак двох місяців навчання з обмеженим часом навчання основної частини недостатньо.

8. Підтверджено необхідність реформування підготовки менеджерів охорони здоров’я, що передбачає: 2) Виявлення потреб керівників систем охорони здоров’я у плануванні навчальних планів факультетів аспірантури та аспірантури та рекомендувати попередні соціологічні дослідження для визначення майбутніх студентів. здійснювати необхідні напрямки, теми та форми навчання.

8. Обґрунтовано необхідність внесення змін до підготовки керівних кадрів охорони здоров’я, які стосуються: 1) тематичний план курсів удосконалення для керівників систем охорони здоров'я для підготовки та проведення курсів, які відрізняються залежно від досвіду роботи в кваліфікаційній категорії; 2) визначити потреби керівників системи охорони здоров'я у плануванні навчальних програм кафедри післядипломної освіти та аспірантури та запропонувати попередні соціологічні дослідження для визначення необхідного напряму, теми та форми навчання майбутніх студентів.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Агаркова Е.В., Куркина М.П. Методические разработки и образовательные технологии при подготовке менеджеров здравоохранения. В сборнике: Парадигмальные основания государственного управления: cоциально-экономическая перспектива. Сборник научных статей V международной научной конференции в рамках ХVI межрегиональной универсальной оптоворозничной Курской Коренской ярмарки - 2016. В 2-х частях. Под общей редакций В.В. Зотова. 2016. С. 214-219.
2. [Банчук М. В.](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=A=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%91%D0%B0%D0%BD%D1%87%D1%83%D0%BA%20%D0%9C$) Моніторинг та облік кадрового потенціалу охорони здоров'я. [Інвестиції: практика та досвід](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=JUU_all&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=IJ=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%9623721). 2011. № 16. С. 110-113. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2011_16_28>
3. Баркало С. Анализ социального статуса и социальной роли врача общей практики. Основные направления социальной работы в системе здравоохранения – проблемы и перспективы развития. 2011. URL: http://maxpark. com/user/855238061/content/696870.
4. Башмаков О.А. Совершенствование системы подготовки руководящих кадров здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения. 2015. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sovershenstvovanie-sistemy-podgotovki-rukovodyaschih-kadrov-zdravoohraneniya
5. Беспалова О.В. Методологический подход к кадровому потенциалу предприятия. Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. 2014. № 1(4). С. 69-72
6. Білорус Т. В. Стратегічне управління кадровим потенціалом підприємства : монографія / Т. В. Білорус. Ірпінь : Нац. акад. ДПС України, 2007. – 174 с.
7. [Бойко С. Г.](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=A=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%91%D0%BE%D0%B9%D0%BA%D0%BE%20%D0%A1$) Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров’я/ [Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=JUU_all&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=IJ=&S21COLORTERMS=1&S21STR=EJ000013). 2018. № 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu\_2018\_1\_12](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Ttpdu_2018_1_12)
8. Бойко С.Г. Особливості державної кадрової політики охорони здоров’я. Матеріали щорічної науково-практичної конференції за міжнародною участю «Кадрова політика у сфері охорони здоров’я в умовах загроз національній безпеці України».2017. Київ, 23 березня. С.5-8.
9. Васюк Н.О. Реалізація моделі професійної підготовки менеджерів системи охорони здоров’я. Східноєвропейський журнал громадського здоров’я. 2012. №1 (17).С. 100-101
10. Вежновець Т.А., Парій В.Д. Гендерні особливості керівників закладів охорони здоров’я. Український медичний часопис. 2014. №3(10)-V/VI/. С. 48-50
11. Волошан О.О. Професійна підготовка менеджерів охорони здоров’я в контексті реформування галузі охорони здоров’я в Україні. Матеріали щорічної науково-практичної конференції за міжнародною участю «Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров’я в Україні». 2016. Київ, 23 березня. С.28-31
12. Глазов М.М., Фирова И.П., О.Н. Истомина. Управление персоналом: анализ и диагностика персонал-менеджмента. Спб., 2007.
13. [Горяча О. Л.](http://liber.onu.edu.ua/opacunicode/index.php?url=/auteurs/view/143015/source:default) Проблема формування та використання кадрового потенціалу підприємств України. Україна: аспекти праці. 2014. № 1. С. 35-41.
14. [Гребняк М. П.](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=A=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%93%D1%80%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D1%8F%D0%BA%20%D0%9C$), Кірсанова О. В., Таранов В. В. Формування кадрового потенціалу громадського здоров’я. [Україна. Здоров'я нації](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=JUU_all&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=IJ=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%9625956). 2018. № 3. С. 17-21.
15. Громова С.О. Підготовка керівних кадрів вищих медичних навчальних закладів, як менеджерів сфери охорони здоров’я в Україні. Матеріали науково-практичної конференції «Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров’я в Україні». 2016. Київ, 23 березня. С.47-49
16. Громова С.О. Професійна підготовка керівних кадрів вищої медичної освіти в контексті реформування системи охорони здоров’я в Україні. Теорія та практика державного управління. 2015. Вип. 3. С. 172- 178.
17. Гульчій О.П., Захарова Н.М., Литвинова Л.О.Проблеми підготовки управлінських кадрів для охорони здоров’я. Матеріали ІV з’їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації управління охорони здоров’я. Київ-Житомир. 23-28 жовтня, 2008. Т.2. С.68-69
18. Доклад о состоянии здравоохранения в мире – 2006. Копенгаген: ВОЗ, 2007. 78 с
19. Економічна енциклопедія : у 3 т. / редкол. : С. В. Мочерний (відп. ред.) та ін. К. : Видавн. центр «Академія», 2000. Т. 1. 864 с
20. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 820 с
21. Кадрова політика реформування сфери охорони здоров’я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. – К.: НІСД, 2012
22. Кадровий потенціал охорони здоров’я – за крок до кризи. URL: <https://www.vz.kiev.ua/kadrovyj-potentsial-ohorony-zdorov-ya-za-krok-do-kryzy/>
23. Квачахия Л.Л. Экономический подход в раскрытии сущности кадрового потенциала в системе здравоохранения. [Иннов: Электронный научный журнал](https://elibrary.ru/contents.asp?id=34835327). 2018. № 2(35). URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32561291&>
24. Короленко В.В ., Юрочко Т.П. Кадрова політика у К68 сфері охорони здоров’я України в контексті європейської інтеграції. - К., 2018. - 96 с.
25. Корольчук О.Л. До питання визначення проблемних аспектів кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я в Україні. Матеріали науково-практичної конференції «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров’я». 2015. Київ, 22 квітня. С. 54-56
26. Краснокутська Н. С. Потенціал підприємства: формування та оцінка : навч. посіб. К. : Центр навч. л-ри, 2005. 352 с.
27. Куркина М.П. Кадровое обеспечение системы здравоохранения региона. Сборник научных статей международной научно-практической конференции. Юго-Западный государственный университет. 2016. С. 62- 64.
28. Лазоришинець В.В., Банчук М.В., Слабкий Г.О., Воликін І.І.Науковий аналіз результатів обстеження якісних характеристик керівних кадрів охорони здоров’я. Матеріали ІV з’їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації управління охорони здоров’я. Київ- Житомир. 23-28 жовтня, 2008. Т.1. С.105-109.
29. Лашкул З.В. Особливості підготовки керівників охорони здоров’я в сучасних умовах. Матеріали науково-практичної конференції «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров’я». 2015. Київ, 22 квітня. С.66-70
30. Лимешко О. Медичний персонал: особливості підбору в Україні. URL:  <https://uteka.ua/ua/publication/knp-26-oplata-truda-i-kardovyi-uchet-84-medicinskij-personal-osobennosti-podbora-v-ukraine>
31. Медична реформа розпочнеться в січні 2018 року. Чого від неї чекати пацієнтам та лікарям? URL: <https://health.decentralization.gov.ua/infoblocks/about-reform>
32. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров’я системи МОЗ України за 2017-2018 роки / Відповідальний укладач: Заболотько В.М., укладачі: Якименко О. М., Стешенко І. Є. Харкевич Л. Б., К., 2019.
33. Михальчук В.М., Гойда Н.Г,.Нестерець О.Л. Сучасні проблеми та шляхи удосконалення підготовки управлінських кадрів у сфері охорони здоров’я в Україні. Матеріали щорічної науково- практичної конференції за міжнародною участю «Кадрова політика у сфері охорони здоров’я в умовах загроз національній безпеці України».2017. Київ, 23 березня.С.97-101
34. Можливості працевлаштування за кордоном для українських лікарів. - Режим доступу: http://operativno.info/ukraina/18-meditsinai-zdorovye-ukraina/11869-mozhlivost-pracevlashtuvannya-za-kordonom-dlyaukranskih-lkarv
35. Москаленко С.О. Актуальність підготовки керівних кадрів системи охорони здоров’я, компетентних у питаннях фінансового забезпечення галузі. Матеріали науково-практичної конференції «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров’я». 2015. Київ, 22 квітня. С.90-93
36. Наукові засади кадрової політики в охороні здоров’я України: потреба регіонів у медичних кадрах / за ред. Ю.О. Гайдаєва. К., 2007. 128 с.
37. Носкова М.В. Системный подход к «кадровому потенциалу» как экономической категории. Вестник Алтайского государственного аграрного университета. 2009. № 11 (61). С. 87-91
38. Оценка финансирования, образования и политического контекста для стратегического планирования кадровых ресурсов здравоохранения – Копенгаген: ВОЗ, 2009. – 86 с
39. Проблемы и перспективы развития кадровых ресурсов здравоохранения в Казахстане. Главный врач. 2015. № 9. URL: <http://xn----7sbbahcmgafaski8a2afibqaixke4dxd.xn--p1ai/publ/zarubezhnyj_opyt/problemy_i_perspektivy_razvitija_kadrovykh_resursov_zdravookhranenija_v_kazakhstane/25-1-0-208>
40. Синоверський Л.В. Підготовка управлінських кадрів системи охорони здоров’я в сучасних умовах. Матеріали щорічної науково-практичної конференції за міжнародною участю «Кадрова політика у сфері охорони здоров’я в умовах загроз національній безпеці України».2017. Київ, 23 березня. С.141-144