

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Тернопільський національний економічний університет  
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій  
Кафедра менеджменту та публічного управління

УГРИН Галина Ярославівна

**Механізм забезпечення кадрового потенціалу  
медичного закладу / Mechanism of providing  
personnel resources for medical institutions**

спеціальність: 8.18010018 - Адміністративний менеджмент  
магістерська програма - Адміністративний менеджмент

Магістерська дипломна робота

Виконала студентка групи  
АДМзм-21  
Г. Я. Угрин

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

Магістерську дипломну роботу  
допущено до захисту:

"31." січня 2017 р.

Завідуюча кафедрою  
М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2017

**Тернопільський національний економічний університет**  
**Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій**  
 Кафедра менеджменту та публічного управління  
 Освітній ступінь "магістр"  
 спеціальність: 8.18010018 - Адміністративний менеджмент  
 магістерська програма - Адміністративний менеджмент

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри

М. М. Шкільняк

" 20 " 11 / 2015 р.

**ЗАВДАННЯ**  
**НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

**УГРИН Галина Ярославівна**

(прізвище, ім'я, по батькові)

**1. Тема роботи**

**Механізм забезпечення кадрового потенціалу медичного закладу /**  
**Mechanism of providing personnel resources for medical institutions**

керівник роботи

д.е.н., професор Желюк Т.Л.

затверджені наказом по університету від 3 листопада 2015 р. №629

**2. Строк подання студентом закінченої дипломної роботи 28 лютого 2017 р.**

**3. Вихідні дані до роботи**

Конституція України, закони  
 України, постанови Верховної Ради  
 України, статистичні дані України,  
 закон України про наукову діяльність  
 мед. працівників.

**4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)**

1. Теоретико-методологічні та методичні засади  
 формування кадрового потенціалу медичного  
 закладу. 2. Методи забезпечення кадрового  
 потенціалу медичного закладу. 3. Висновки  
 щодо забезпечення кадрового  
 потенціалу медичного закладу.

**5. Передік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)**

Фігушки, шаблони

## 6. Консультанти розділів роботи

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата   |                  |
|--------|-------------------------------------------|----------------|------------------|
|        |                                           | Завдання видав | Завдання прийняв |
|        |                                           |                |                  |
|        |                                           |                |                  |
|        |                                           |                |                  |
|        |                                           |                |                  |
|        |                                           |                |                  |

7. Дата видачі завдання 9 жовтня 2015 р.

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назви етапів роботи                                                             | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|
| 1     | Зашифрування мови дитини, розробка алгоритму, який дає можливість знайти дитину | до 25.12.15                   |          |
| 2     | Написання програмної частини                                                    | до 15.03.16                   |          |
| 3     | Написання аналітичної частини                                                   | до 05.05.16 р                 |          |
| 4     | Написання програмної частини                                                    | до 10.10.16р                  |          |
| 5     | Написання програмної частини                                                    | до 15.11.16                   |          |
| 6     | Написання програмної частини                                                    | до 20.12.16                   |          |
| 7     | Написання програмної частини                                                    | до 01.02.17р                  |          |
| 8     | Написання програмної частини                                                    | до 10.02.17                   |          |
| 9     | Написання програмної частини                                                    | до 15.02.17                   |          |

Студент

Угрин Г. Я.

Керівник роботи

д.е.н., професор Желюк Т.Л.



Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації  
**ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КОМУНАЛЬНА КЛІНІЧНА  
ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ**  
вул. Тролейбусна, 14, м. Тернопіль, 46027, тел./факс (0352) 43-57-16  
e-mail: tokkpnl@tokkpnl.org.ua

«31» 12 2015 № 03-5/5915

**В.о. завідувачу кафедри менеджменту  
та публічного управління ТНЕУ  
д.е.н., професору ШКІЛЬНЯКУ В.В.**

**Лист-замовлення**

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня  
звернулася у виконанні дипломної роботи на тему «Механізм забезпечення  
людського потенціалу медичного закладу» та просить доручити її виконання  
аспіранту магістратури Тернопільського національного економічного університету  
за спеціальністю «Адміністративний менеджмент» **УГРИН Галині Ярославівні.**

Головний лікар



**В.В.ШКРОБОТ**



**РЕЦЕНЗІЯ**  
**на дипломну роботу студентки АДМзм-11**  
**Угрин Галини Ярославівни**

**на тему: «Механізм забезпечення кадрового потенціалу медичного закладу»**

**/Mechanism of providing personnel resources of medical institutions/**

**виконану на матеріалах** Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні.

**Актуальність теми:** обумовлена потребою вдосконалення системи формування кадрового забезпечення в медичних закладах, наближення якості надання медичних послуг до європейських стандартів, розробки стратегії в галузі психічного здоров'я, посилення міжгалузевої взаємодії та напрацювання заходів з урахуванням можливостей багатьох секторів та фахівців різного профілю.

**Самостійні розробки і пропозиції автора:** В роботі автором значну увагу приділено дослідженню сутнісних засад формування ресурсного забезпечення закладом та кадрового забезпечення зокрема медичних закладів. Значну увагу звернуто на специфіці кадрового забезпечення психоневрологічного диспансеру. Запропоновано шляхи вдосконалення професіоналізації медичних працівників шляхом покращення структури програм підвищення кваліфікації, запровадження комплексного підходу в доборі фахівців до досліджуваного медичного закладу, покращення організаційного супроводу роботи медичної установи.

**Практичне значення роботи:** Рекомендації щодо запровадження комплексної психосоціальної моделі охорони здоров'я з посиленням ролі сестринського персоналу, оцінювання якості кадрового забезпечення, модернізації системи підготовки лікарів, контролю якості надання медичних послуг в психоневрологічному диспансері мають практичне значення і використовуватимуться в медичному закладі.

**Висновки:** Суттєвих недоліків, які б вплинули на зміст роботи, не виявлено.

**Загальний висновок:** Дипломна робота є самостійним завершеним науковим дослідженням, містить авторські пропозиції та рекомендації по темі дослідження, відповідає вимогам вищої школи і заслуговує високої оцінки, а її автор Угрин Галина Ярославівна – присвоєння кваліфікації магістра з адміністративного менеджменту.

**Рецензент:**

**Головний лікар**

**Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні**

**14.01.2017**



*Г. Угрин*

**В.В. ШКРОБОТ**



Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації  
**ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КОМУНАЛЬНА КЛІНІЧНА  
ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ**  
вул. Тролейбусна, 14, м. Тернопіль, 46027, тел./факс (0352) 43-57-16  
e-mail: tokkpnl@tokkpnl.org.ua

23.01.2017 № 01-15/218

Завідувачу кафедрою державного і  
муніципального управління  
Тернопільського національного  
економічного університету  
д.е.н., проф. ШКІЛЬНЯКУ М.М.

#### Довідка про впровадження

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня повідомляє, що матеріали викладені в дипломній роботі слухача магістратури Тернопільського національного економічного університету за спеціальністю «Адміністративний менеджмент» **Угрин Галини Ярославівни** на тему «**Механізми забезпечення кадрового потенціалу медичного закладу**», мають практичну значимість, результати якого можуть бути використанні у практичній діяльності Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні.



*В.В.ШКРОБОТ*

**В.В.ШКРОБОТ**

Тернопільський національний економічний університет  
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій  
Кафедра менеджменту та публічного управління

ВІДГУК

наукового керівника д.е.н., професор Желюк Т.Л.  
на дипломну роботу студентки групи АДМзм-21

УГРИН Галина Ярославівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Механізм забезпечення кадрового потенціалу медичного закладу  
на тему: / Mechanism of providing personnel resources for medical  
institutions

Актуальність теми: Створення потужної кадрової бази медичного закладу, підвищення кваліфікації медичних кадрів, підвищення рівня медичних послуг

Самостійні розробки і пропозиції автора: Аналіз поточної ситуації з кадровою базою медичного закладу, виявлення проблем, розробка рекомендацій щодо підвищення кваліфікації медичних кадрів, розробка рекомендацій щодо підвищення рівня медичних послуг

Практичне значення магістерської дипломної роботи:

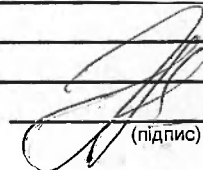
Отримання рекомендацій щодо підвищення кваліфікації медичних кадрів, розробка рекомендацій щодо підвищення рівня медичних послуг

Недоліки: Авторка не врахувала всі аспекти проблеми

Загальний висновок: Робота + виконана самостійно, дослідження і аналіз виконано, висновки зроблені, авторка Угрин Галина Ярославівна - практичний менеджер

Науковий керівник

д.е.н., професор Желюк Т.Л.  
(прізвище, ініціали)

  
(підпис)

" 24 " 01 20 10 р.

## РЕЗЮМЕ

**Дипломна робота** містить 137 сторінок, 2 таблиць, 9 рисунків, список використаних джерел із 110 найменувань, 7 додатків.

**Метою дипломної роботи** є розвиток теоретичних положень та вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення процесів кадрового забезпечення медичного закладу.

**Об'єктом дослідження** є процес формування та використання кадрового потенціалу Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні.

**Предметом дослідження** є механізм управління кадровим потенціалом медичного закладу в сучасних умовах господарювання.

**Одержані висновки та їх новизна** полягають у: розвитку теоретичних положень щодо сутності і завдань впровадження нових технологій кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні.

**Ключові слова:** медичний персонал, ресурсне забезпечення медичного закладу, професіоналізація, атестація медичних працівників, оцінка якості медичних послуг, компліментарний підхід до кадрового забезпечення.

## RESUME

**Thesis contains** 137 pages, 2 tables, 9 figures, list of references with 110 titles, 7 applications.

**The aim of the thesis** is the development of theoretical positions and to develop practical recommendations for improving the process of staffing the medical establishment.

**The object of the study** is the formation and use of human resources Ternopil regional mental hospital.

**The study examined** the mechanism of the human resources management of medical institutions in the current economic conditions.

**The resulting conclusions** and their novelty lies in the development of theoretical propositions about the nature and objectives of the new technologies staffing of health facilities in Ukraine.

**Keywords:** Medical personnel resources for medical institutions, professionalization, certification of health workers, evaluation of the quality of medical services, complementary approach to staffing.



## АНОТАЦІЯ

**Угрин Г.Я. Механізм забезпечення кадрового потенціалу. – Рукопис.**

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» за спеціальністю 8.18010018 "Адміністративний менеджмент". – Тернопільський національний економічний університет. – Тернопіль, 2017.

Робота присвячена дослідженню реалізації механізму забезпечення кадрового потенціалу медичного закладу.

У першому розділі розглянуто теоретико-правові та інституційні засади сутності ресурсного та кадрового забезпечення медичного закладу.

У другому розділі проведено аналіз якості професійного рівня надання медичних послуг, оцінці рівня професіоналізації медичних кадрів.

У третьому розділі запропоновано новітні підходи до вдосконалення кадрового забезпечення, підвищення результативності інструментів професіоналізації медичних кадрів.

Дипломна робота складається з вступу, трьох розділів, 9 параграфів, висновків, списку використаних джерел із 110 найменувань і 7 додатків. Робота містить 2 таблиці та 9 рисунків.

## ANNOTATION

G.Y. Uhryn The mechanism providing human resources. - Manuscript. Research on education and qualification level "master" specialty 8.18010018 "Administrative Management". - Ternopil National Economic University. - Ternopil, 2017.

The work is devoted to research implementation mechanism to ensure human resource capacity of medical institutions.

The first chapter deals with theoretical and legal and institutional framework nature of the resource and staffing medical establishment.

The second section analyzes a professional level of medical services, assessing the level of professionalization of the medical staff.

In the third chapter proposed new approaches to improve staffing, increasing effectiveness of tools professionalization of the medical staff.

Thesis consists of an introduction, three chapters 9, paragraphs, conclusions, list of references with 110 titles and 7 applications. The paper contains 2 tables and 9 figures.

## ЗМІСТ

|                                                                                                |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Вступ                                                                                          | 3       |
| Розділ 1. Теоретико-методологічні засади кадрового забезпечення діяльності медичного закладу   | 7       |
| 1.1. Ресурсне забезпечення як базовий інструмент організації діяльності медичного закладу.     | 7       |
| 1.2. Методологічні підходи до кадрового забезпечення діяльності медичного закладу.             | 28      |
| 1.3. Інституційні засади кадрового забезпечення діяльності медичних установ.                   | 37      |
| Висновки до розділу 1.                                                                         | 48      |
| <br>Розділ 2. Аналіз кадрового забезпечення досліджуваного медичного закладу                   | <br>52  |
| 2.1. Оцінка організаційних передумов для формування кадрового потенціалу медичного закладу     | 52      |
| 2.2. Аналіз стану кадрового потенціалу досліджуваного медичного закладу                        | 62      |
| 2.3. Діагностика професійності кадрів в системі забезпечення якісного надання медичних послуг. | 71      |
| Висновки до розділу 2                                                                          | 81      |
| Розділ 3. Вдосконалення кадрового забезпечення діяльності медичного закладу                    | 83      |
| 3.1. Професіоналізація кадрового складу медичної установи                                      | 83      |
| 3.2. Запровадження сучасних технологій діагностики і лікування.                                | 90      |
| 3.3. Вдосконалення мотивації як інструменту розвитку кадрового потенціалу медичного закладу.   | 97      |
| <br>Висновки до розділу 3                                                                      | <br>107 |
| Висновки                                                                                       | 109     |
| Перелік використаної літератури                                                                | 114     |
| Додатки                                                                                        | 125     |

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Визначальним чинником забезпечення населення доступними та високоякісними медичними послугами і запорукою належного функціонування закладів охорони здоров'я є необхідний для надання таких послуг обсяг ресурсів. Заклади охорони здоров'я не можуть забезпечити надання медичних послуг високої якості, не володіючи відповідними кадровими, фінансовими, інформаційними, матеріально-технічними ресурсами. Проте, незважаючи на зростання обсягів фінансування охорони здоров'я, ситуація в галузі суттєво не покращується, а законодавчо задекларована безоплатна медична допомога поступово замінюється платною. Наслідком цього є обмеження доступу населення до медичних послуг, неповна реалізація права на охорону здоров'я. Проблеми надання якісних медичних послуг корелює із проблемою якісного кадрового забезпечення медичних установ.

Недосконалість інституційного середовища щодо фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, відсутність цілісної науково обґрунтованої концепції ефективного управління, формування і використання кадрових, матеріальних ресурсів, інфраструктурних об'єктів у цій галузі зумовлюють потребу в ґрунтовних усесторонніх дослідженнях складних проблем ресурсного забезпечення охорони здоров'я.

В Україні дослідженню окремих питань функціонування, закладів охорони здоров'я та управління їх діяльністю присвячено праці Я. Буздуган, М. Білик, О. Василика, О. Виноградова, З. Гладуна, Д.Карамишева, Н.Карпишин, О. Кириленко, В. Лехан, І. Назаренко, Я. Радиш, В. Тропіної, С. Юрія та інших. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та інші.

Значний внесок в розробку методологічних, організаційних, інформаційних засад аналізу діяльності медичних установ зокрема, зробили такі вчені як С.М.Альошин, М.І.Баканов, С.Б.Барнгольц, О.М.Голядченко,

А.О. Грищенко, І.І.Каракоз, А.М.Кузьмінський, Н.І.Малов, Г.М.Мельничук, Є.В. Мних, Я.А.Накатис, В.В.Рудень, В.І.Самборський, В.В.Сопко, В.І.Стражев, М.Г.Чумаченко, А.Д.Шеремет.

Однак у наукових працях згаданих учених недостатньо уваги приділено вирішенню проблем комплексного підходу до кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я. Науковий імператив підсилюється проблемою забезпечення охорони психічного здоров'я. В зв'язку з цим актуалізується потреба розробки стратегії в галузі охорони психічного здоров'я, посилення міжгалузевої взаємодії та напрацювання заходів з урахуванням можливостей багатьох секторів та фахівців різного профілю: освітян, медиків, фахівців засобів масової інформації, співробітників органів соціального захисту, юстиції, внутрішніх справ та багатьох інших.

Психічні розлади стають однією з найбільших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Економічні негаразди і збройні конфлікти, що нині надзвичайно актуальні й для України, лише поглиблюють її. При цьому вітчизняна система традиційно налаштована на надання спеціалізованої психіатричної допомоги, а не на охорону психічного здоров'я населення. Чи усвідомлюють влада і суспільство масштаби нової загрози? Як «вмонтувати» психіатричну службу в канву нових реформ і наблизити до міжнародних стандартів? Ці питання залишаються ввідкритими і потребують вирішення.

Вищевказане зумовило вибір теми дипломної роботи, її актуальність, теоретичну і практичну важливість.

**Мета і завдання дослідження.** Метою дипломної роботи є вироблення рекомендацій по вдосконаленню організаційних, методичних засад кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я.

Реалізація визначеної мети зумовила необхідність вирішення таких завдань:

- розглянути наукові підходи до трактування сутності ресурсів закладів охорони здоров'я;



- з'ясувати сутнісні, організаційні та нормативно-правові засади управління кадровим забезпеченням медичних закладів;
- визначити методи управління ресурсами закладів охорони здоров'я;
- провести моніторинг стану кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я;
- оцінити діючу практику організаційного забезпечення розвитку кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я;
- сформулювати найважливіші напрямки вдосконалення управління кадровим забезпеченням закладів охорони здоров'я;
- окреслити підходи до реформування системи професіоналізації правників медичних установ/

**Об'єктом дослідження** є процес формування та використання кадрового потенціалу Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні.

**Предметом дослідження** є механізм управління кадровим потенціалом медичного закладу в сучасних умовах господарювання.

**Методи і методика дослідження.** Для досягнення поставленої у роботі мети було використано сукупність наукових методів, що застосовуються у пізнанні соціально-економічних процесів і явищ, а саме: методи наукового узагальнення, порівняння, системного аналізу – використано при обґрунтуванні необхідності поєднання соціальних, медичних і економічних заходів із метою ефективної організації державної системи охорони здоров'я й підвищення якості медичної допомоги. Економіко-математичні методи застосовувалися при розробці моделей аналізу ресурсного забезпечення медичної установи, оцінки надання лікарняних послуг, якості медичної допомоги. Методи технічного, графічного, порівняльного, статистичного аналізу використовувалися при розробці пропозицій щодо вдосконалення підходів до професіоналізації кадрового забезпечення медичної установи. При обґрунтуванні категорійно-понятійного апарату використано метод наукових абстракцій і аналогій. Методи узагальнення, порівняння,

спостереження та історичний метод застосовано у процесі дослідження практики і проблематики управління кадровими ресурсами закладів охорони здоров'я. У роботі використано графічний метод для наочного ілюстрування досліджуваних явищ і процесів.

**Інформаційною базою дослідження** є законодавчі та нормативно-правові акти України, законопроекти, дані Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, матеріали Державної служби статистики України, річні звіти досліджуваного закладу охорони здоров'я, монографії, статті вітчизняних і зарубіжних авторів, матеріали круглих столів, медичних симпозіумів та конференцій.

**Наукова новизна** полягає в обґрунтуванні підходів до вдосконалення програм професіоналізації кадрового складу; технологій оцінки якості надання медичних послуг за допомогою моделі кінцевих результатів.

Практичне значення одержаних результатів. Висновки та пропозиції наукового дослідження мають практичне значення і використовуються в діяльності Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні.

**Апробація дослідження.** Результати роботи апробовані у збірнику тез доповідей загально університетської наукової конференції «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (Тернопіль, ТНЕУ, 2016).

**Структура та обсяги роботи.** Дипломна робота містить 9 параграфів, 2 таблиці та 9 рисунків, 7 додатків, список використаних джерел складається із 102 найменувань.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

#### 1.1. Ресурсне забезпечення як базовий інструмент організації діяльності медичного закладу.

Актуальність питань оптимізації ресурсного забезпечення лікувальної мережі загалом і кадрового забезпечення зокрема зумовлена тим, що задачі, обсяг і характер роботи лікувальних установ з різних об'єктивних причин постійно змінюються, зростає рівень потреби населення в якісній, новітній медичній допомозі, переглядаються рубрики якості наданих медичних послуг. Ресурси медичних установ включають: кадрові, фінансові ресурси, технології, матеріальне забезпечення, інформаційне, комунікативне, інфраструктурне забезпечення. Останній вид ресурсів державних установ створює комунікаційний зв'язок із зовнішнім середовищем, яке прямо впливає на прийняття управлінських рішень, надання медичних послуг та функціонування державних установ як єдиної системи.

Зростання витрат на охорону здоров'я майже в усіх країнах світу пов'язано перш за все зі збільшенням потреб у медичному обслуговуванні та підвищенням вимог до неї, тому проблеми забезпеченості медичних установ виробничими ресурсами та ефективності їх витрачання потребують глибокого аналітичного дослідження.

Аналітичне дослідження ресурсного забезпечення медичної установи пропонується проводити в розрізі:

- складу кадрового забезпечення медичного, немедичного та управлінського профілю;
- структури інформаційного забезпечення, дослідження інформаційних процесів в медицині, розробки нових інформаційних технологій медицини, вирішення наукових проблем створення та впровадження обчислювальної техніки в медицину;

- аналізу джерел фінансування системи надання медичних послуг; переліку базових медичних послуг, що надаються в рамках системи державного медичного страхування; структури касових та фактичних видатків медичних установ; аналізу динаміки державних асигнувань та підвищення ефективності їх використання; джерел позабюджетного фінансування охорони здоров'я;
- індивідуальних параметрів програм надання медичних послуг та шляхів покращення якості медичного обслуговування;
- забезпеченості медичних закладів необхідними ліками та медобладнанням.

Кадрові ресурси системи охорони здоров'я складаються з широкого спектру фахівців: медичного, немедичного та управлінського профілю. Кадрові ресурси є найважливішим активом, необхідним для забезпечення надання медичної допомоги населенню країни. На забезпечення належного рівня якості та кількості кадрів витрачається значна частка видатків на охорону здоров'я. У середньому в світі на оплату праці кадрів системи охорони здоров'я витрачається більше 40% загальних видатків на охорону здоров'я. Науково-технічний прогрес та впровадження нових технологій не зменшують відносної важливості кадрових ресурсів; навпаки, вони підвищують рівень очікувань від кадрів та впевненості у тому, що лише продумані інвестиції у відповідно підготовлений персонал можуть виправдати сподівання щодо результатів його діяльності.

Кадрова політика є життєво важливим компонентом розробки політики галузі та планування змін. Визнання цього факту має значні наслідки, оскільки змінює роль фахівців з кадрових питань на стратегічних радників, повністю залучених з самого початку до розробки та впровадження реформ охорони здоров'я. Ця нова роль, очевидно, вимагає нарощування потенціалу структурних підрозділів з кадрових питань на національному рівні та у регіональних органах управління охороною здоров'я щодо забезпечення виконання наступних функцій: збір та аналіз інформації щодо процесу

реформування, розробки розпоряджень щодо регулювання відповідальності/звітності на рівні медичного закладу, надання консультацій щодо вирішення кадрових питань та забезпечення змін організаційної культури (вплив на формування спільних цінностей).

Спеціалісти Департаменту кадрової політики, освіти та науки МОЗ України виокремили наступні шість проблем в управлінні кадровими ресурсами, які були сформульовані на початок 2016 року:

- зниження престижу професії медичного працівника через низьку фінансову складову мотивації роботи;
- недостатній досвід та організаційна роль керівного складу медичних установ;
- зростання плинності та міграції медичних кадрів, значне старіння кваліфікованого кадрового потенціалу;
- низька ефективність використання наявного кадрового потенціалу та незадовільна якість післядипломної освіти;
- брак професійних управлінців. З юридичної точки зору керівники медичних закладів мають обмежені повноваження та постійний бюджет (80% заробітна плата та 20% комунальні витрати), як наслідок керівники медичних закладів більше адміністратори, а не управлінці;
- медичні працівники отримують фіксовану заробітну плату. Нормативно-правова база України передбачає оплату на основі посадових окладів, затверджених Кабінетом Міністрів України і враховує лише відпрацьований час, проведений на робочому місці. Це, безперечно, зумовлює відсутність у медичних працівників будь-яких мотивацій до підвищення рівня якості, а у керівників медичних закладів - до збільшення обсягів послуг, адже ні методи оплати праці, ні доступ до керівних посад не залежать від об'єктивної оцінки результатів діяльності та необхідності їх покращувати. Саме тому необхідно запровадити розподіл виплат співробітнику на



базову заробітну плату, коригуючі коефіцієнти до базової заробітної плати та надбавки на основі оцінки результатів діяльності (і такими результатами не можуть вважатися кількість візитів або пролікованих пацієнтів, а лише результати лікування).

У більшості країн, центральні професійні спілки або професійні асоціації обговорюють умови роботи для медичних працівників у державній системі. В Україні брак або слабкість професійних асоціацій, відсутність стимулів та контролю за результатами діяльності, роблять обговорення про компенсації складними. Заробітна плата в Україні є низькою порівняно з сусідніми державами, що сприяє еміграції та зниженню рівня якості персоналу.

Медична професія домінує у визначенні політики охорони здоров'я та визначенні умов праці всіх медичних спеціалістів; тож немедичний персонал має дуже низький статус. Лікарі продовжують використовувати значний вплив на регулювання надання медичної допомоги через визначення стандартів практики та через участь (формальну або лобіюванням) у процесі визначення пріоритетів розвитку галузі. В результаті, професійні інтереси мають тенденцію до домінування над загальним добробутом, створюючи захищені ринки праці, що може мати негативні наслідки на ефективність та справедливість. Прикладом може слугувати можлива відмова лікарів делегувати частину своїх обов'язків менш кваліфікованому персоналу, що є перешкодою на шляху вдосконалення продуктивності та покращення доступу до допомоги.

Рівень комунікації між постачальниками медичних послуг та пацієнтами дуже слабкий, а комунікація між фахівцями різних спеціальностей – майже відсутня. Інформаційні технології дозволяють контактувати без фізичних бар'єрів, однак, не існує ані механізмів, ані протоколів для забезпечення комунікації між різними рівнями допомоги та відомчими системами: вони функціонують незалежно.

Освіта не адаптована під реальні потреби спеціалістів, а також під швидкий розвиток біомедичних наук. Професійні вимоги визначаються на національному рівні. З освітньої точки зору, «освітньо-кваліфікаційні характеристики» визначаються МОН України як частина «освітніх стандартів», які визначають компетенції, яких повинен набути професіонал («спеціаліст») по закінченні свого навчання.

З професійної точки зору, «професійні кваліфікаційні характеристики» визначаються по всій країні МОЗ всеосяжної у «Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників» (наказ № 117 від 29 березня 2002 р.). Цей довідник містить перелік всіх професій галузі та містить детальний опис і відповідні мінімальні професійні вимог.

Як і у багатьох інших країнах, проблеми ефективного вирішення зазначених вище проблем кадрового, комунікаційного забезпечення ускладнюються тим фактом, що умови найму на роботу знаходяться під контролем Міністерства праці та соціальної політики, умови фінансування – Міністерства фінансів, процедури визначення посад та управління персоналом – МОЗ України, навчання - Міністерства освіти і науки. Це робить координацію праці персоналу, фінансування, управління та навчання персоналу надзвичайно складною.

Зменшення потенціалу системи охорони здоров'я задовольняти потреби населення, визначається чотирма проблемами: а) зростаюча кількість професіоналів полишають країну або професію; б) падіння якості фахівців, що приходять у систему після завершення навчання; в) зростання вимог до системи; г) брак мотивації та зацікавленості у покращенні результатів власної діяльності. Ці проблеми обумовлюються рядом причин:

- перелік вмінь медичного персоналу не відповідає потребам населення;
- висококваліфікований персонал часто виконує завдання, які могли б виконувати менш високоосвічені фахівці;

- існує надлишкова кількість вузьких медичних спеціалістів та нестача інших професіоналів, таких як лікарі загальної практики/сімейної медицини, медичні сестри, фахівці з питань охорони громадського здоров'я, епідеміологи, економісти, бухгалтери, працівники соціальної сфери, адміністратори, фахівці зі зв'язків з громадськістю та питань медичної освіти, дієтологи, фізіотерапевти та фахівці санітарно-епідеміологічної служби;
- існує надлишкова концентрація кваліфікованого медичного персоналу у медичних закладах вторинного та третинного рівнів з одночасною нестачею їх у сільських районах. Це звичайна ситуація у більшості країн світу, особливо серед лікарів: щільність медичних працівників найбільша у містах, де більш поширені університетські клініки та можливі високі прибутки населення.

Важливою складовою ресурсного забезпечення медичної установи є інформація. Впровадження інформаційних технологій в повсякденну практику охорони здоров'я веде за собою корінні зміни в організації праці багатьох медиків. Кожен етап розвитку системи охорони здоров'я та медицини пов'язаний з появою нових інтегрованих областей знань, які несуть в собі загальнонаукові основи: медична кібернетика, економіка, охорона здоров'я, менеджмент і маркетинг тощо. Інформатизація та бурхливий розвиток інформаційних процесів в системі охорони здоров'я в 70-х роках ХХ століття спочатку за кордоном, а потім і в нашій країні привели до становлення самостійної науки – медичної інформатики.

Медична інформатика – це галузь науки, що швидко розвивається. Вона орієнтована на біомедичну інформацію (дані та знання, їхнє зберігання, передачу та обробку, використання для розв'язання проблем або прийняття рішень). Вона вивчає закономірності і методи одержання, зберігання, опрацювання і використання знань у медичній науці та практиці з метою розширення обріїв і можливостей пізнання, профілактики і лікування хвороб, охорони і поліпшення здоров'я людини. Медична інформатика сьогодні

включає цілий комплекс наукових напрямів, що відрізняються один від одного як поглядом, так і тими методами, які в них використовуються. І сьогодні продовжується диспут про те, який метод кращий для медицини: теоретичний чи експериментальний: це здорове протиставлення поглядів емпіричного дослідження і результатів наукових досліджень. Теоретичні припущення були переважно основою раціональної практичної медицини. Якщо колись медицина вважалась мистецтвом, до зараз все більше звертаються до її теоретичного обґрунтування, надається перевага розвитку формальних теоретичних методів, які б впроваджувались в медичну практику. Разом з тим розвиваються і медичні знання, включно до молекулярного та генетичного рівнів.

Експериментальна наука не завжди може відповісти на запитання про природу захворювання та методи його лікування. Медичний експериментальний пошук відбувається в лабораторіях та клініках. Одним з основних методів дослідження в медичній інформатиці є математичне моделювання з використанням комп'ютерів – це універсальна методологія, основний інструмент математизації всіх медичних знань.

Медична інформатика стала необхідною з того часу, коли почався перехід від розрізненого використання комп'ютера до цілісних інформаційних технологій.

Від впорядкованості інформаційних потоків залежать чіткість функціонування медицини в цілому як галузі та ефективність управління нею. Впорядкування інформаційних потоків на всіх рівнях підвищує рівень функціонування системи охорони здоров'я й дозволяє економно використовувати кадрові, фінансові та матеріальні ресурси. Застосування положень і принципів медичної інформатики як науки допомагає оптимальним чином опрацювати медичну інформацію, отримувати потрібні практичні результати і приймати правильні рішення, ефективно використовувати інформаційні ресурси. Останні можуть існувати як в пасивній формі (медичні книги, патентні описи, аудіо-, відеозаписи та інші

«розпорошені» знання), так і в активній формі (у вигляді електронної інформації, з якою має справу комп'ютер).

Роль медичної інформатики в науково-практичному обґрунтуванні та використанні сучасних технологій полягає в знаходженні нових рішень на стику формального та логічного підходів з емпіричним описовим характером медицини. Основою основ при роботі з інформацією є мислення та логічний аналіз. Саме вони лежать в основі клінічного діагнозу – фіксованого на інформаційному носії висновку лікаря про локалізацію, характер та стадію захворювання, яке обґрунтовує оптимальний вибір лікувальної тактики (керувальної дії) в межах наявних медичних ресурсів.

Лікар-клініцист, в основному, працює з даними. Його задача в системі надання медичної допомоги – отримання та подання для подальшої роботи персоніфікованої інформації про пацієнта. В клінічному діагнозі лікар фіксує інформацію як результат аналізу та оцінки відомостей про біологічні якості та індивідуальне здоров'я пацієнта.

Медична інформація відображає дані та результати медичних наукових досліджень й медичної практики. З одного боку, вона відображає процеси та явища в системі охорони здоров'я (тобто є засобом, що використовується лікарями під час медичної практики), з іншого боку, вона може бути результатом роботи інформаційно-обчислювальних центрів, спеціалістів оргметодвідділів тощо.

Впровадження обчислювальної техніки загостило задачу класифікації медичної інформації. На початку роботи треба визначити рівень формалізації матеріалу, призначеного для вводу в комп'ютер, а потім встановити ознаки, за якими проводитиметься класифікація. Такими ознаками може бути:

- етап утворення інформації (вихідна, проміжна, кінцева);
- умови збереження та використання (постійна, змінна, умовно-постійна);
- періодичність використання (оперативна, поточна, перспективна);

- функціональний зміст (клінічна, експериментальна, економічна, кадрова, фінансова, організаційна тощо).

Класичний приклад формалізованого документу – формалізована історія хвороби, що використовується в багатьох інформаційних системах.

Інформація може бути подана у вигляді даних. Якщо інформація – це результат взаємодії, що реально використовується в потоковий момент часу, то дані являють собою вже зареєстровані сигнали (при цьому фізичний метод реєстрації може бути довільним). Це – повідомлення, спостереження які не використовуються, а тільки зберігаються. Якщо з'являється можливість використати їх для зменшення неповноти знань про що-небудь (виникає взаємодія), то вони перетворюються в інформацію. Як тільки ця взаємодія завершується, ми знову маємо справу з даними, але поданими вже в іншій формі. В даному випадку ми маємо справу з інформаційним процесом. Такий процес являє собою цикл утворення інформації і збереження її у вигляді нових даних. Інформація існує досить нетривалий термін часу, а інформаційний процес триває стільки, скільки існують носії інформації.

Під час інформаційного процесу дані перетворюються з одного виду в інший за допомогою різних методів. Опрацювання даних містить в собі багато операцій, серед яких можна виділити такі:

- 1) збір даних – накопичення даних з метою забезпечення їхньої повноти для прийняття рішень;
- 2) формалізація даних — зведення даних, одержаних з різних джерел, до однакової форми;
- 3) фільтрація даних — відкидання «зайвих» даних, які не потрібні для прийняття рішення;
- 4) сортування даних — впорядкування даних за певною ознакою;
- 5) групування даних — об'єднання даних за певною ознакою з метою їхнього зручнішого використання;
- 6) архівація даних — організація збереження даних в зручній та легкодоступній формі, як правило, в економнішому форматі;

- 7) захист даних — комплекс заходів, направлених на запобігання втрати, модифікації або відтворення даних;
- 8) транспортування даних — прийом та передача даних між віддаленими учасниками інформаційного процесу;
- 9) перетворення даних — переведення даних з однієї форми (або структури) до іншої.

Відповідно до методу реєстрації дані можуть зберігатись і транспортуватись на носіях різних видів. В обчислювальній техніці в ролі носіїв інформації виступають різноманітні магнітні диски, стрічки, оптичні диски тощо. Повний перелік операцій з даними набагато ширший, тому можна зробити висновок: опрацювання інформації має високу трудомісткість і потребує автоматизації.

За аналогією з перешкодами в каналах провідного і радіозв'язку будемо називати їх інформаційними шумами. Шум — це повідомлення, що не несе корисної інформації, тобто не мають відношення до задачі, що вирішується, але передані в органи управління і переробляються ними. Наявність великої кількості шумів може перешкоджати ефективному управлінню більше, ніж навіть дезінформація.

Мова характеризується певною надмірністю інформації, тобто можливістю передати осмислений текст меншою кількістю літер. Кожна літера в тексті несе менше інформації, ніж може нести потенційно. Надмірність інформації необхідна тому, що передача повідомлення деяким каналу зв'язку обов'язково пов'язана із шумами, що порушують передачу (на цьому заснована дитяча гра в зіпсований телефон). Корабель, що терпить нещастя, багаторазово радирує те саме повідомлення SOS, щоб підвищити імовірність його прийому. Інформація відіграє ключову роль при інтерпретації даних і прийнятті рішень. Тому важливо знати, що таке інформація і розуміти різницю між даними, інформацією й знанням. З'ясуємо, як можна одержати надійні дані, яким чином з даних отримується



інформація, які знання необхідні для інтерпретації даних і як ці дані можуть бути збережені в комп'ютері.

Велика частина медичних даних фіксується в різноманітних документах (наприклад, історія хвороби, направлення на дослідження, результати аналізу, рецепт, звіт про діяльність медичної установи, реферат статті медичного журналу тощо). Звичайні медичні документи не придатні або мало придатні для автоматизованої обробки.

Медичний документ, як правило, має складну структуру: багато розділів, пунктів, таблиць тощо. Вони створюються у вигляді стандартизованих історій хвороб, карт етапних епікризів, карт з окремих видів досліджень, паспортів установ охорони здоров'я. Всі ці документи мають певну форму, тобто внутрішню структуру, що відображає будову, зв'язок і спосіб взаємодії частин елементів об'єкта або явища, інформація про які фіксується в даному документі. Фахівець повинен вміти заповнити відповідні стандартні форми медичних документів.

Як правило, в медичних документах фіксуються такі дані, як:

- паспортно-демографічні – відомості про прізвище, ім'я, по батькові хворого, рік і місце народження, про характер роботи, про родичів;
- дані про структуру і функцію медичних установ, що відображають основний процес медичної установи; для лікувальної установи це, наприклад, дані щодо можливих в даній установі лабораторних та інструментальних методів досліджень;
- статистично-управлінські дані, що становлять основу для подальших розрахунків показників державної медичної статистики (наприклад, структура установи) і показників, що характеризують роботу лікаря, або відділення та установи в цілому; сюди відносяться показники точності постанови діагнозів (відповідно класифікації ВООЗ), тривалості перебування в стаціонарі, ступеня відновлення працездатності, розбіжності в діагнозах;

- планові показники, дані про господарську і бухгалтерську діяльність медичних установ.

Комп'ютерні бланки медичних інформаційних документів звичайно містять дві частини: пояснення і зміст. У частину пояснення включається описова і пояснювальна інформація, що полегшує заповнення документа, але не вводиться в ПК. В змістову частину включаються необхідні дані, коди, службові знаки, відведені місця для внесення необхідних записів. Для зручності роботи обидві частини в документі розділено. Документ заповнюється лікарем.

Інформаційні документи як носії інформації, що містять початкові дані у впорядкованому вигляді і придатні для звичайного використання та для підготовки даних до введення в ПК, складають основу інформаційної бази різних комп'ютерних систем. Інформаційний документ відрізняється від звичайного медичного документа тим, що в ньому поєднуються дві функції: функція звичайного документа та функція збору і підготовки даних для введення в комп'ютер. Таким документам притаманні безперечні переваги: скорочується час підготовки початкової інформації, виключається додаткова робота з її переписування; зменшується кількість помилкових записів; спрощується контроль за проходженням документа в процесі його обробки.

Однією з найважливіших умов, що забезпечують ефективність обробки медичної інформації, є її уніфікація. Статистичні матеріали використовуються для формування оперативно-довідкової та звітної інформації, яка придатніша для прийняття рішень, ніж первинні дані. Дані, що згруповані та подані в табличній формі, є найкращим матеріалом для виявлення певних тенденцій та закономірностей.

Таким чином, медична інформація може бути класифікована відповідно до дисциплінарних та проблемних властивостей, до об'єктної ознаки (лікувально-профілактична установа, матеріально-технічна база, лікувальні засоби тощо), до видів інформації (економічна, наукова,

нормативно-правова тощо), до її характеру (первинна, другорядна, оперативна, оглядово-аналітична, експертна, прогноз тощо).

Якість надання медичних послуг залежить від наявності сучасного матеріально-технічного забезпечення медичних установ (див. рис.1.1).



Рис.1.1. Структура матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Примітка. Побудовано автором.

Медичне обладнання являє собою широкий спектр приладів і апаратури, застосовуваних у всіх галузях медицини для діагностики, профілактики та лікування різних захворювань.

Поява нових технологій призводить до вдосконалення медичного устаткування, підвищення його точності, безвідмовності, функціональності. Широке поширення отримують нові методи і принципи лікування, що відрізняються від колишніх більш високою ефективністю і безпекою для

пацієнтів. Тенденція до оновлення медичної апаратури простежується в лабораторної та функціональної діагностики, ендоскопії, класичної хірургії, фізіотерапії, офтальмології, опікової та реабілітаційної медицині і багатьох інших напрямках.

Всі клініки та медичні центри незалежно від профілю зацікавлені в оснащенні лікарських кабінетів якісною технікою. Нове медичне обладнання є запорукою впевненості лікарів і довіри пацієнтів, можливість виявляти і лікувати захворювання на ранніх стадіях, попереджати перехід патологій у важку форму.

Головний постулат медицини – «Не нашкодь» – стає особливо значущим сьогодні, коли в руках лікарів знаходяться потужні препарати і інструменти, що дозволяють активно впливати на організм і втручатися в усі фізіологічні процеси. Радикальні терапевтичні дії бувають виправдані лише в тому випадку, якщо спираються на коректну діагностику. Тому до діагностичного медичного обладнання пред'являються високі вимоги.

Функціонально-діагностична апаратура сьогодні дозволяє достовірно оцінити стан всіх органів і систем. Такі пристрої, як електрокардіографи, спірографи, пульсоксиметри, енцефалографи надають медичному персоналу об'єктивні дані для аналізу працездатності життєво важливих органів. Постійно розширюється потенціал ультразвукового та рентгенологічного обладнання. УЗ-сканери, рентгенографія, томографія доповнюються комп'ютерною технікою та відеоапаратурою, що дає можливість візуалізувати глибинні структури людського організму, виявляти найменші відхилення від норми і тривожні сигнали.

Винахід ендоскопічного обладнання можна розцінювати як новий етап в розвитку медицини. Поява ендоскопів та поширення технології малоінвазивного хірургічного втручання стало справжнім проривом в лікуванні багатьох серйозних захворювань (див. додаток В). У разі знизилася травматична навантаження на пацієнтів, ризик ускладнень, період післяопераційної реабілітації скоротився з кількох місяців до кількох днів.

Ендоскопічне обладнання зробило процес діагностики максимально прозорим - безпосередній доступ до внутрішніх органів і тканин через природні отвори дозволяє фахівцям побачити детальну картину того, що відбувається в організмі.

Великий крок вперед за останні роки зробило хірургічне, анестезіологічне та реанімаційне медичне обладнання, що дозволяє надавати дієву допомогу пацієнтам, які знаходяться в критичних ситуаціях. Все більш популярним стає лазерна медична техніка, що забезпечує точковий вплив на пошкоджені ділянки з мінімальним ризиком травмування здорових тканин. Загоєння після впливу лазерного хірургічного інструменту відбувається швидше, зберігаються функції епітелію і лімфатичних судин, не залишається рубців.

Монітори пацієнта і інші автоматизовані пристрої спостереження за вітальними показниками допомагають підтримувати нормальний стан організму під час операції і в післяопераційний період. Нове покоління наркозних апаратів орієнтоване на індивідуальний підбір анестезії, що важливо для успішної роботи анестезіолога та безпеки пацієнтів.

Активно розвивається і нейрохірургічне обладнання - перш за все, фізіотерапевтичне. Кисневі, електричні, радіологічні, ультразвукові, магнітні і лазерні пристрої націлені на дбайливе відновлення пошкоджених органів і швидку реабілітацію.

В особливу групу можна виділити допоміжну техніку, яка створює умови для санітарно та екологічно сприятливої діяльності клінік і лікарень. Медичні установи працюють в умовах високого епідеміологічного ризику, для зниження якого розроблені стерилізаційні, дезінфекційні та утилізують пристрої різної потужності та призначення.

Завдяки розвитку медичного устаткування, підвищення його надійності і функціональності, стає можливим коректне, безпечне і цілеспрямоване лікування пацієнтів з мінімальними ризиками і побічними ефектами.

Загалом значення ресурсного забезпечення в організації діяльності медичних установ є фундаментальним, оскільки якісне надання послуг, прийняття управлінських рішень в управлінні медичною установою неможливе без наявності необхідного ресурсного забезпечення.

Реалістичність прийняття рішень залежить від необхідного фінансового забезпечення медичної установи. Місце даного виду ресурсів відображено на рис.1.2. Основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є: бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування, благодійництво та спонсорство. Такі форми, як кредитування й інвестування, характерні для юридичних і фізичних осіб, котрі займаються приватною медичною практикою

Зважаючи на особливість досліджуваної сфери, що функціонує з метою забезпечення охорони здоров'я громадян та досягнення як соціальних, так і економічних результатів, пропонуємо таке трактування: фінансові ресурси в галузі охорони здоров'я – це сукупність коштів, які можуть мати як фондову, так і нефондову форму, формуються за рахунок коштів державного й місцевого бюджетів, підприємств усіх форм власності, організацій і окремих громадян, перебувають у розпорядженні установ охорони здоров'я на правах оперативного управління та використовуються для задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги й послуг медичного характеру.

Наведене визначення фінансових ресурсів дає змогу пов'язати джерела створення фінансових ресурсів із формами їх прояву та цільовим призначенням у галузі охорони здоров'я. Також у ньому виражено економічний зміст та призначення фінансових ресурсів, що, у свою чергу, допомагає визначити їх склад і структуру.

Фонд фінансового забезпечення соціальної інфраструктури, у тому числі галузі охорони здоров'я, формується за рахунок бюджетних ресурсів та коштів відомств і підприємств, які спрямовуються на ці потреби. Проте основна частина фонду – бюджетні ресурси; з цієї причини установи охорони

здоров'я мають назву „бюджетні установи”. Бюджетні витрати на охорону здоров'я надають можливість отримати медичне обслуговування, медичні послуги та деякі соціальні пільги.

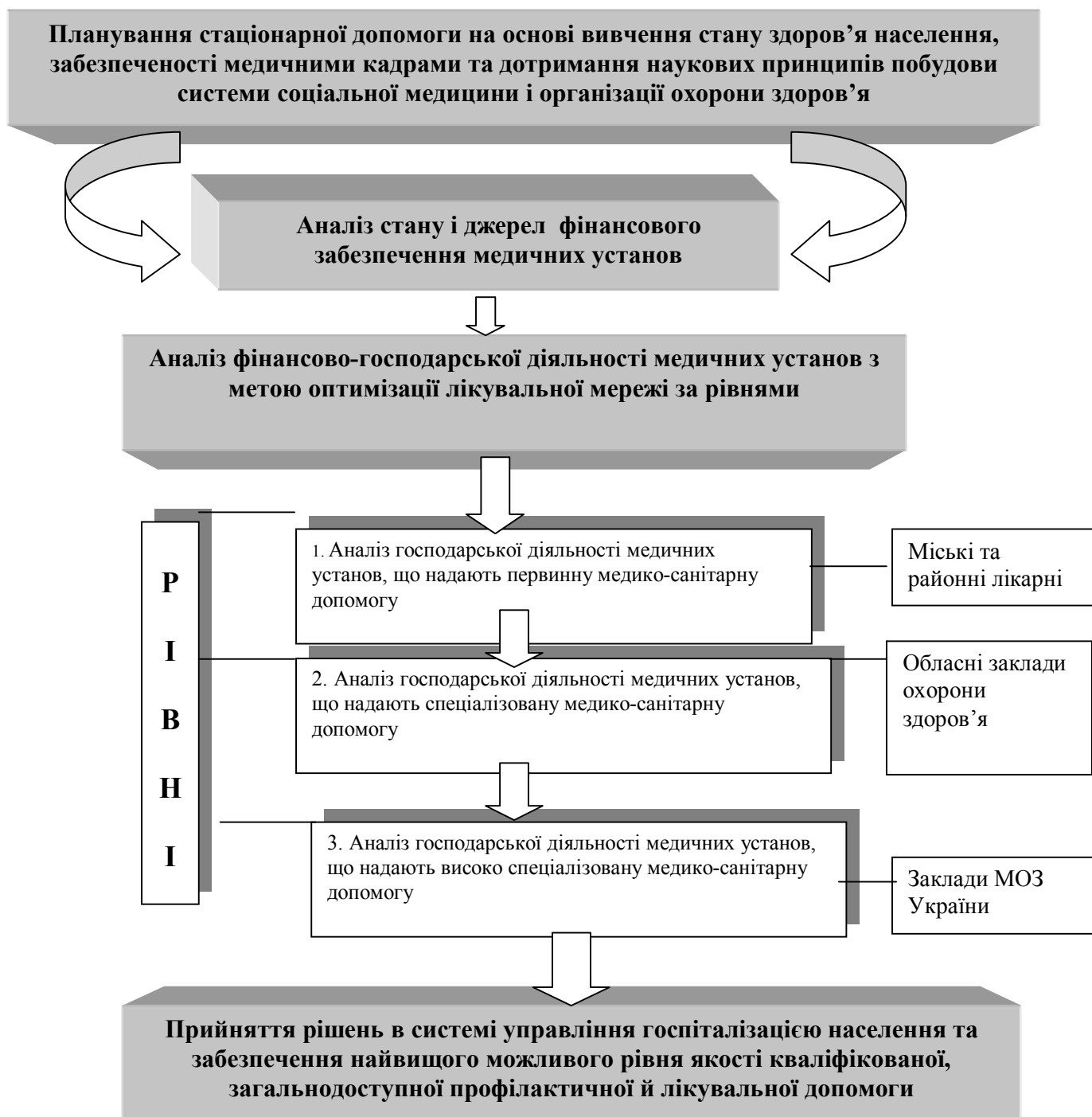


Рис.1.2. Місце фінансового забезпечення у функціонуванні медичної установи<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Примітка. Побудовано автором з використанням [62].

Бюджетні кошти є важливим фактором розширеного відтворення, що сприяє зростанню продуктивності праці: фінансуванню освіти, науки, охорони здоров'я, дає змогу забезпечити підготовку трудових ресурсів для народного господарства, відновити працездатність робітників, розвивати науку й техніку.

Через розвиток ринкових відносин і водночас обмеженість бюджетних ресурсів бюджетні установи змушені залучати кошти з інших джерел. Однією з визначальних рис фінансового забезпечення установ галузі охорони здоров'я є наявність багатоканальної системи надходження фінансових ресурсів. Джерелами фінансування діяльності таких установ виступають як бюджетні ресурси, так і кошти підприємств, організацій, населення. Слід зазначити, що вибір джерела фінансування із суспільних фондів споживання, а також співвідношення між ресурсами, розподіленими через суспільні фонди споживання, й коштами населення, які спрямовуються на відшкодування затрат із надання матеріально-побутових і соціально-культурних послуг, залежить від характеру й особливостей потреб, які планується задовольнити.

Для реалізації потреб у сфері медичного обслуговування використовуються, головним чином, кошти державного й місцевих бюджетів. Затрати на послуги, пов'язані з відпочинком та охороною здоров'я громадян, відшкодовуються за рахунок коштів населення і децентралізованих соціальних фондів. Узагальнено джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я та напрямки їх використання наведено на рис. 1.3.

Фінансування охорони здоров'я в нашій державі здійснюється за рахунок державного та місцевого бюджетів, благодійних фондів і будь-яких інших, не заборонених законодавством джерел, тобто передбачається багатоканальність фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Водночас, стаття 49 Конституції України проголошує, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-



економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, а держава стимулює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Згадана стаття Конституції України не заперечує можливість використання для фінансування системи охорони здоров'я додаткових джерел фінансування.



Рис. 1.3. Джерела формування й використання фінансових ресурсів, що спрямовуються на охорону здоров'я<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Примітка. Складено автором на основі [33,39]

Нині найвагомішим джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є саме кошти державного та місцевих бюджетів, тоді як кошти, отримані з інших джерел, – це лише додатковий фінансовий ресурс.

Перераховані види фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я можна згрупувати за наступними ознаками:

- за формою власності: державні і недержавні кошти;
- за джерелами формування: внутрішні і зовнішні;
- за способом формування: кошти загального фонду державного та місцевих бюджетів; власні надходження (кошти від надання платних послуг, благодійні внески, гранти, кошти, що надходять для виконання певних доручень);
- за формою організації: які мають фондовий і нефондовий характер організації;
- в залежності від характеру діяльності: кошти від надання медичних послуг та кошти від надання послуг немедичного характеру.

Сучасну вітчизняну модель охорони здоров'я можна охарактеризувати як бюджетну, оскільки в структурі джерел фінансового забезпечення 72% займають бюджетні кошти, а 28% – кошти підприємств і громадян [39, 117]. В Україні сукупний бюджет системи охорони здоров'я формується таким чином: 75 % - державний бюджет, 8 % - позабюджетні надходження, 2% - лікарняні каси, 15 % - приватна медицина (рис. 1.4).

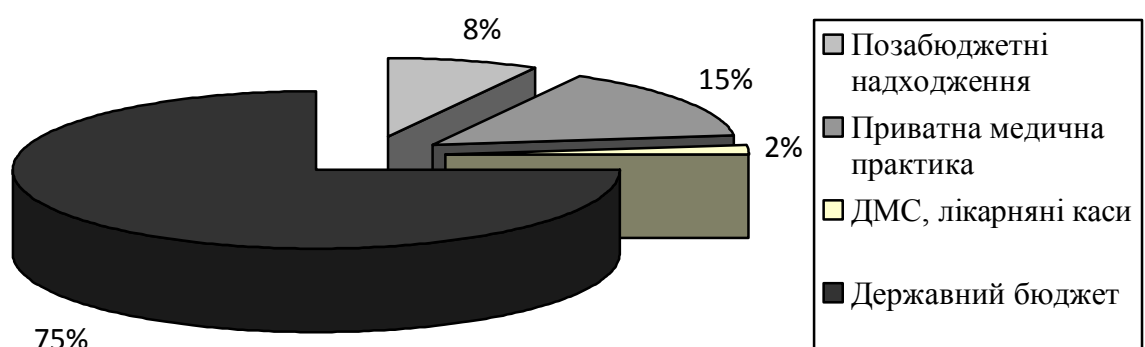


Рис. 1.4. Структура формування бюджету системи охорони здоров'я в Україні<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Примітка. Складено на основі інформації [42].

Розподіл коштів медичної галузі по Тернопільській області за рівнями надання медичної допомоги показує на суттєві диспропорції у фінансуванні і відсутність необхідних коштів на надання екстреної медичної допомоги.

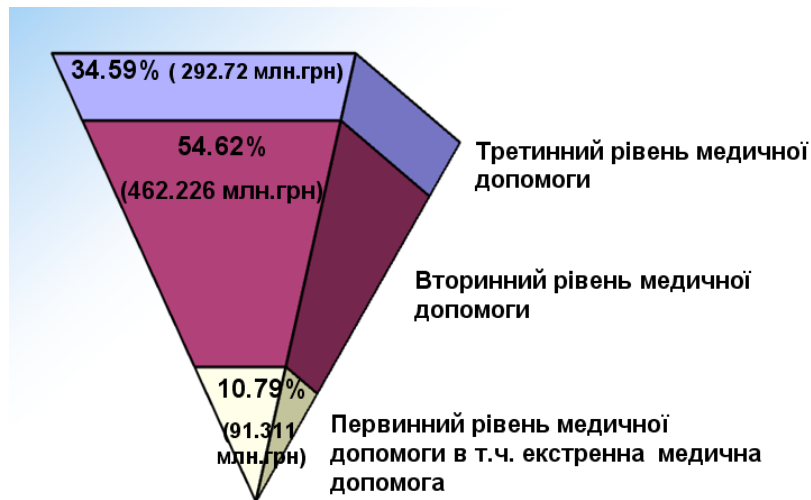


Рис. 1.5. Розподіл коштів за рівнями надання медичної допомоги в Тернопільській області у 2015 році<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Примітка. Складено на основі інформації [42].

З метою покращення фінансування на утримання лікувальних закладів залучено позабюджетних надходжень медичних установ Тернополя у 2015 році на суму 8846,6 тис.грн., а саме: плата за послуги, що надаються бюджетними установами – 3535,0 тис.грн.; від додаткової (господарської) діяльності – 1,3 тис.грн.; за оренду майна – 1221,0 тис.грн.; від отримання благодійних внесків/грантів та дарунків – 4615,6 тис.грн.[ 42]

Таким чином, структура формування фінансових ресурсів системи охорони здоров'я в Україні відрізняється від рекомендованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я як стосовно коштів Державного бюджету (75% проти рекомендованих 50%) так і стосовно решти складових.

2016 рік лише актуалізував необхідність організаційних перетворень у системі охорони здоров'я України на вторинному та третинному рівнях медико-санітарної допомоги. Розвиток системи охорони здоров'я постійно

потребує дієвих зрушень у галузі. Враховуючи обмежене фінансування та низький рівень скорочення ліжкового фонду, дорога стаціонарна медична допомога, як і раніше, продовжує поглинати найбільшу долю фінансових асигнувань, що виділяються на медицину. Це при тому, що з 2016 року, відповідно до нового Бюджетного кодексу, вторинна ланка фінансується з обласного бюджету. На даному етапі медичну мережу бюджетних установ потрібно наблизити до передового досвіду фінансування соціально-культурної сфери, враховуючи тенденції до змін кількості населення та потреб створених громад. Необхідно обґрунтувати, яку модель надання меддопомоги на вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому) рівнях потрібно приймати. Вона має де-факто формуватися з нових фінансово-економічних важелів управління та організації системи охорони здоров'я. Тоді ж, згідно з запропонованою моделлю, визначити необхідні організаційні заходи та етапи їх реалізації, щоб система охорони здоров'я в області працювала ефективно, а жителі отримували максимально якісну лікарняну допомогу.

## **1.2. Методологічні підходи до кадрового забезпечення діяльності медичного закладу**

Методологія будь-якої науки – це вчення про принципи побудови, форми та засоби наукового пізнання. У філософському енциклопедичному словнику методологія (гр.methodos - спосіб, метод і logos - наука, знання) визначена як система принципів і способів організації і побудови теоретичної і практичної діяльності, а також як вчення про цю систему [39, с.56].

Принципи, методи, підходи до ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я впливають із загальних принципів функціонування закладів охорони здоров'я:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

- дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;

- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

- багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Звідси до принципів ресурсного забезпечення слід віднести: поліпшення доступності медичної допомоги; підвищення позитивного впливу системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я; підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я; зростання задоволення населення системою медичного обслуговування; захист

інтересів пацієнта щодо отримання ним якісної медичної допомоги; захист інтересів медичних працівників на випадок професійного ризику.

Аналіз вітчизняної літератури дозволяє виокремити кілька наукових підходів до ресурсного забезпечення загалом та кадрового забезпечення діяльності медичних установ, зокрема: комплексний, інтегрований до кращих зарубіжних практик і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, шляхом постійної модифікації і вдосконалення самої системи, а не шляхом виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.

Комплексний підхід до ресурсного забезпечення діяльності медичних установ повинен бути зорієнтований на підвищення якості надання медичних послуг, адже в Україні рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, досить низький – інтегральний показник якості лікування становить приблизно 56 %. Населення невдоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань – більше опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку. Низька якість медичної допомоги обмежує можливості впливу на здоров'я населення та призводить до марнотратного витрачання обмежених коштів системи. Діючий адміністративно-командний підхід до забезпечення якості у системі охорони здоров'я, заснований на принципах контролю, перестав відповідати організаційно-правовим та економічним умовам функціонування галузі і повинен бути замінений підходом, що базується на принципі управління процесом

Діючий адміністративно-командний підхід до забезпечення якості у системі охорони здоров'я, заснований на принципах контролю, перестав відповідати організаційно-правовим та економічним умовам функціонування галузі і повинен бути замінений підходом, що базується на принципі управління процесом

Сьогодні аналіз результатів роботи лікувально-профілактичних закладів базується на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичні дані та річні звіти про діяльність) та на результатах окремих досліджень, що є недостатнім для оцінки якості медичної допомоги та розробки напрямків її покращання. Цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги потребує методики розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання (моніторинг) та конкретне визначення проблем забезпечення якості.

Першочергове значення для управління якістю має стандартизація, яка спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядковування в охороні здоров'я шляхом розробки і встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я. Стандартизація є пріоритетним напрямом сучасного розвитку охорони здоров'я в більшості економічно розвинених країн світу. Її необхідність зумовлена: неухильно зростаючою вартістю медичної допомоги, підвищенням рівня вимог пацієнтів, великою кількістю різномірної інформації стосовно медичних технологій і лікарських засобів і бурхливим розвитком доказової медицини.

В Україні об'єктами стандартизації в охороні здоров'я повинні стати всі складові медичного обслуговування: організаційні технології; медичні послуги; технології виконання медичних послуг; технічне забезпечення виконання медичних послуг; кваліфікація медичного, фармацевтичного, допоміжного персоналу; економічні аспекти охорони здоров'я; виробництво, умови реалізації, якість лікарських засобів і медичної техніки; обліково-звітна документація, що використовується в системі охорони здоров'я, інформаційні технології та ін.

Провідними тенденціями стандартизації в охороні здоров'я України на сучасному етапі повинні бути активізація розробки і впровадження в

повсякденну медичну практику клінічних рекомендацій та клінічних протоколів; гармонізація медичних стандартів з міжнародною системою стандартизації; використання методів економічного аналізу для вибору оптимальних технологій (аналіз «витрати — ефективність», «мінімізація витрат» та ін.). Основою стандартів якості медичної допомоги повинні бути дані про наукові докази ефективності і безпечності медичних втручань, отримані в проведених за єдиною методикою клініко-епідеміологічних дослідженнях (доказова медицина), або у разі при їх відсутності дані про найкращу медичну практику.

Вкрай необхідним є вдосконалення організаційного ресурсу медичних установ через суттєве удосконалення відомчого (внутрішнього) та позавідомчого (зовнішнього) контролю якості з залученням до цього процесу громадських професійних об'єднань (асоціацій). Зовнішній (позавідомчий) контроль передбачає контроль за дотриманням встановлених вимог органом, який не є складовою частиною закладу охорони здоров'я. Завданням позавідомчого контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я і фізичних осіб, що надають медичну допомогу, є забезпечення права громадян на отримання медичної допомоги належної якості. Складовими оптимізації всіх форм позавідомчого контролю повинні бути: ліцензування, акредитації закладів охорони здоров'я та атестації спеціалістів.

Якщо підходити до результуючих рубрикаторів ефективності ресурсного забезпечення діяльності медичних установ, то ними повинні бути:

- єдина система управління якістю медичної допомоги в Україні та запровадити її на всіх рівнях;
- доступність та якість медичної допомоги населенню;
- удосконалена система стандартизації, ліцензування, сертифікації, акредитації та форм атестації в охороні здоров'я;
- ефективна взаємодія органів управління охорони здоров'я всіх рівнів та форм власності;



- використання в охороні здоров'я технологій з доведеною ефективністю і безпекою для пацієнтів, з урахуванням раціональності та економічної доцільності їх застосування;
- використання мотиваційних механізмів підвищення професійної відповідальності медичних працівників;
- удосконалена система професійної підготовки медичних кадрів на післядипломному рівні з запровадженням методології управління якістю медичної допомоги, заснованої на доказовій медицині;
- посилення ролі громадських та наукових організацій в системі управління ресурсним забезпеченням;
- зниження показників смертності, захворюваності та інвалідності за рахунок підвищення якості медичної допомоги;
- підвищення ефективності використання фінансових, кадрових, інформаційних ресурсів в охороні здоров'я.

Логіка дослідження ресурсного забезпечення діяльності медичних установ залежить від типу ресурсу. Так, для аналізу інформаційного забезпечення діяльності медичних установ потрібне дотримання відповідних вимог, а саме: аналіз поточного періоду повинен ґрунтуватися на даних кошторису доходів і витрат; джерелом оперативного аналізу касових та фактичних видатків будуть дані бухгалтерського обліку й одноразових спостережень; попередній аналіз спирається на облікову й звітну інформацію за попередній період та матеріали спеціальних обстежень обсягів надання та якості лікарняних послуг.

Аналіз діяльності медичної установи пропонується проводити в кілька етапів:

- аналіз джерел фінансування лікувально-профілактичних закладів;
- систематизація показників активу й пасиву балансу медичної установи;
- аналіз результатів використання кошторису доходів і витрат закладів охорони здоров'я.

Суттєву увагу необхідно приділити дослідженню систем економічних показників для аналізу функціональної діяльності медичних установ. Зокрема, визначено, що ця система показників має охоплювати: інформацію про грошові потоки обсягів фінансування та асигнувань; інформацію з розрахунків і заборгованості дебіторів і кредиторів, підзвітних осіб; інформацію про наявність і рух медикаментів; інформацію з відділу кадрів про плинність медичного персоналу; дані про рух пацієнтів і наявність вільних місць; показники собівартості і реалізаційної ціни ліжко-дня та медичної послуги.

Аналіз джерел фінансування медичної установи доцільно проводити з використанням методів структурного й порівняльного аналізу у розрізі муніципальних утворень і окремих медичних установ.

Методика аналізу надання медичних послуг має ґрунтуватися на трьох основних показниках процесу надання лікарняних послуг:

- показник середнього терміну перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні;
- індекс зайнятості ліжка;
- індекс обіговості ліжка.

Факторний аналіз ефективності використання фінансових ресурсів в установах охорони здоров'я проводиться шляхом моделювання кореляційної залежності між обсягами фінансування й основними показниками діяльності медичних установ, а саме: кількістю лікарів і середнього медичного персоналу, обіговістю ліжка, середньою тривалістю лікування хворих, рівнем завантаженості ліжка.

Головним об'єктом аналізу надання медичних послуг та результатів виконання кошторису є видатки. Групування доходів, видатків та фінансування медичних закладів за економічними ознаками, функціональною діяльністю, організаційним устроєм опирається на бюджетну класифікацію. Хоча в науковій літературі запропоновано нове групування видатків

медичних закладів для аналізу результатів використання кошторису за такими ознаками:

- перша група – витрати медичних установ на організацію і дію медичної послуги (витрати на медикаменти, харчування, перев'язні матеріали, заробітну плату з нарахуваннями, комунальні платежі, капітальні витрати);
- друга група – це грошові витрати пацієнтів і їхніх родин, а також втрати пацієнтами і їхніми родинами робочого часу, пов'язані з лікуванням чи профілактичними заходами;
- третя група – це прогнозовані витрати, пов'язані з профілактикою хвороб або медичним страхуванням.

Послідовність процедур методики аналізу результатів виконання кошторису доходів і витрат медичних установ повинна переслідувати не зниження розміру витрат обігу, а їх оптимізацію і включати себе:

- 1) оцінку дотримання кошторисних призначень у цілому, за окремими статтями й економічними елементами витрат;
- 2) аналіз складу і структури витрат, а також аналіз їх динаміки;
- 3) моделювання причинно-наслідкових зв'язків між кошторисними видатками медичної установи та якістю медичних послуг;
- 4) факторний аналіз фактичних витрат медичної установи;
- 5) розробку та прийняття рішень у системі управління госпіталізацією населення та планування стаціонарної допомоги.

Планування стаціонарної медичної допомоги і раціональне розміщення мережі лікувальних установ потребує розробки програми аналізу діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях народного господарства. Плануванню стаціонарної допомоги має передувати аналітична робота з вивчення динаміки джерел покриття видатків медичної установи у розрізі груп економічної класифікації витрат бюджету. При плануванні аналітичних показників результатів діяльності лікувальної мережі на основі оцінки потреби населення в стаціонарній допомозі доцільно в аналітичну модель

управління госпіталізацією населення включати і розраховувати вплив таких факторів: склад госпіталізованих хворих, важкість їх захворювань, терміни госпіталізації, кваліфікаційний склад медичного персоналу та його рух, забезпечення населення лікувальними ліжками та медикаментами, рівень і якість діагностики захворювань.

Організаційні форми та якість надання медичної допомоги населенню залежать від структури лікувальних установ і їх розміщення. Тому аналіз результатів діяльності медичних установ, рекомендується починати з вивчення стану і забезпеченості закладів охорони здоров'я кадровим потенціалом.

За умов використання комплексного підходу до аналізу результатів діяльності медичних установ та їх ресурсного забезпечення необхідно враховувати вплив двох основних факторів: кількості ліжко-днів, який характеризує лікувальну функцію лікарні з урахуванням часу функціонування мережі, та кількості осіб, які пройшли лікування, що відображає обсяг медичного обслуговування населення.

При оцінюванні фактичних видатків одним з основних об'єктів аналізу ефективності надання медичної послуги є накладні витрати на 1 годину робочого часу лабораторії та витрати на 1 ліжко-день закладу лікувальної мережі ( без лікування й обстеження). Для зменшення кошторисних видатків на утримання установи доцільно проводити попередній аналіз обсягів послуг та витрат на ці послуги з метою зменшення необґрунтованих витрат клінічних лікарень.

З метою оптимізації діяльності медичних установ доцільно скорочувати середні терміни лікування хворих у стаціонарі шляхом удосконалення діагностики на до госпітального етапі (у першу чергу, на амбулаторно-клінічному) та вдосконалення взаємозв'язку поліклінік і стаціонарів.

Аналіз якості медичної допомоги у лікувально-профілактичному закладі рекомендується базувати на розрахунку інтегрального показника якості й ефективності медичної допомоги за формулою:

$$K_{я} = K_{одз} \times K_{д} \times K_{олз} \times K_{пмп} \times K_{сз} \times K_{сп}, \quad (1.1)$$

де  $K_{я}$  – інтегральний показник якості надання медичної допомоги;

$K_{одз}$  – коефіцієнт обсягу діагностичних заходів;

$K_{д}$  – коефіцієнт ступеню обумовленості клінічного діагнозу;

$K_{олз}$  – коефіцієнт обсягу лікувально-профілактичних заходів;

$K_{пмп}$  – коефіцієнт прибутковості медичної послуги;

$K_{сз}$  – коефіцієнт соціальної задоволеності;

$K_{сп}$  – коефіцієнт соціальної потреби в термінах обстеження і лікування.

В процесі прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я слід опиратися на чітку цільову установку, що враховує тривалість періоду обстеження та лікування хворих, наявність певних ресурсів медичних установ, відповідно до сформульованого напрямку діяльності, плану розвитку, програм фінансування.

### 1.3. Інституційні засади кадрового забезпечення медичних закладів

Розвиток охорони здоров'я як відкритої системи визначається наявністю численних відносин і дією багатьох чинників на макро- мезо- та мікрорівнях. На макроекономічному рівні відносини виникають у рамках національної економіки в цілому та представлені силами ширшого соціального плану, що створюють загальні умови функціонування охорони здоров'я. У першу чергу, це тип і стан економіки, демографічна ситуація та особливості розселення населення, специфіка соціокультурного середовища тощо. На мезоекономічному рівні досліджуються зв'язки в середині охорони здоров'я як системи, що складається з цілого ряду виробництв і спеціалізацій, об'єднаних спільним функціональним завданням – забезпечення охорони та укріплення здоров'я населення. До чинників мезорівня відносяться,

наприклад, різноманітні державні органи, ділові фірми та окремі особи, які забезпечують організації охорони здоров'я необхідними трудовими, матеріальними та фінансовими ресурсами (навчальні заклади, центри зайнятості, органи реєстрації, ліцензування, банки тощо), а також посередницькі та державні структури, що сприяють ефективному просуванню медичних послуг на ринку і виконують інформаційну, консультативну, регулюючу й інші функції (різноманітні асоціації, рекламні, маркетингові служби). Важливими факторами виступають споживачі та конкуренти. Слід зазначити, що в системі охорони здоров'я конкурентне середовище обмежене за своїми можливостями; конкуренція доповнюється співіснуванням (потенційна конкуренція) та співробітництвом (наприклад, спільне використання медичного обладнання).

Тобто, мікроекономічний рівень охоплює діяльність окремого лікувально-профілактичного закладу, підприємства, його ланок і структур. Чинники мікросередовища впливають на рівні окремої організації та безпосередньо визначають умови її функціонування. Ефективність управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я, на нашу думку, визначається такими факторами, як організація залучення джерел формування фінансових ресурсів і ефективного їхнього використання; відповідність фінансового забезпечення потребам лікувально-профілактичної діяльності з дотриманням стандартів обсягів і вибором раціональних технологій медичної допомоги; підвищення якості виконання лікувально-профілактичних технологій із застосуванням нових матеріалів, технологій, новітнього медичного устаткування .

Трансформаційні процеси в медицині пов'язані зі зміною характеру відносин між суб'єктами охорони здоров'я із переважно адміністративних до переважно економічних; переходом від прямого фінансування медичних закладів до фінансування медичної допомоги на основі відповідних нормативів витрат; розширенням джерел фінансування системи охорони здоров'я шляхом залучення особистих коштів громадян (ДМС, пряма оплата

медичних послуг); зміною економічного статусу суб'єктів надання медичних послуг на основі формування приватного сектора та часткової комерціалізації охорони здоров'я; зміною ролі держави, яка виступає гарантом загальнодоступного безкоштовного медичного обслуговування через систему закупівель медичних послуг для найменш соціально захищених категорій населення, організатором профілактичних заходів і наукових досліджень.

На рівні бюджетних установ відбувається процес поєднання бюджетного фінансування з системою некомерційного самофінансування для виконання ними намічених завдань і функцій. Такі заклади фінансуються лише частково за рахунок коштів бюджетів, утворених у результаті перерозподілу валового внутрішнього продукту, і за джерелом походження є справді бюджетними. Кошти та доходи в матеріальній чи нематеріальній формі, отримувані бюджетним закладом завдяки самостійній фінансово-господарській діяльності, інші за своєю природою. Некомерційна діяльність бюджетних установ і організацій не має на меті отримання прибутку, і її здійснюють у загальнодержавних інтересах для залучення додаткових фінансових ресурсів [45].

Основні чинники ресурсного забезпечення діяльності медичних установ умовно можна структурувати на інституційні, соціальні, організаційні.

Інституційні (політичні) чинники пов'язані з визначенням пріоритетів та прийняттям рішень у сфері нормативно-правового регулювання, ресурсного забезпечення та здійснення державного управління сферою охорони здоров'я.

Держава повинна забезпечити гарантії щодо реалізації конституційного права на отримання доступної та якісної медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, створення системи правових, економічних та управлінських механізмів, спрямованих на:

- збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття, якості і тривалості життя людей;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;
- розвиток та формування керованого ринку медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;
- ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;
- солідарну участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні видатків на охорону здоров'я;
- зменшення дитячої та материнської смертності до рівня показників, визначених стандартами ВООЗ для країн Східної Європи;
- зниження ризиків для здоров'я, що пов'язані з забрудненням навколишнього середовища та шкідливими факторами довкілля;
- профілактику та попередження розповсюдження інфекційних захворювань;
- зменшення захворюваності та смертності від судинно-серцевих та онкологічних захворювань, туберкульозу та ВІЛ/СНІДу;
- зменшення шкоди від вживання алкоголю та наркотиків;
- забезпечення доступності та рівності при отриманні медичної допомоги.

Соціальні чинники пов'язані із доступом до отримання медичних послуг, задоволенням очікувань населення та прагненнями працівників медичної галузі. Доступ до медичної допомоги – можливість кожного пацієнта реалізувати свої права на одержання відповідно до його потреб медичної допомоги згідно з чинним законодавством і на основі принципів рівності та справедливості. В правовому полі право на якісне обслуговування визначено низкою документів:



1. Європейською хартією прав пацієнтів. В Статті 8. «Право на дотримання стандартів якості» зазначено, що «кожен має право на доступність якісного медичного обслуговування на основі специфікації і в точній відповідності до стандартів».
2. Конституцією України [стаття 49 (ч. 1)]. Визначено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.
3. Цивільним кодексом України [стаття 284 (ч. 1)]. «Фізична особа має право на надання їй медичної допомоги».
4. Кримінальним кодексом України [статті 139, 140] визначено наслідки ненадання або надання непрофесійної допомоги. «Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або громадськими роботами на строк до двохсот годин, або виправними роботами на строк до двох років. Те саме діяння, якщо воно спричинило смерть хворого або інші тяжкі наслідки, карається обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого» (ст. 139). Невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п'яти років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до

двох років, або позбавленням волі на той самий строк. Те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки неповнолітньому, карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років» (ст. 140).

5. Законом України «Про захист прав споживачів» [статті 4 (п. 2 ч. 1), 6]. Відповідно до ч. 1 ст. 4, споживач має право, зокрема на належну якість продукції та обслуговування (п. 2). У ст. 6 закріплено право споживачів на належну якість продукції (будь-які виріб (товар), робота чи послуга, що виготовляються, виконуються чи надаються для задоволення суспільних потреб). Виконавець зобов'язаний передати споживачеві продукцію належної якості, а також надати інформацію про цю продукцію. Виконавець на вимогу споживача зобов'язаний надати йому документи, які підтверджують належну якість продукції.
6. Основами законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. [статті 6 (п. «д»), 14-1, 33, ч. 2 ст. 34, ст. 35—35-5, ст. 78 (п. «а»)]. У ст. 6 передбачено право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я (п. «д»).
7. Підзаконними нормативно-правовими актами. Про Клятву лікаря: Указ Президента України від 15.06.1992 р. [п. 1 ч. 1]. «Усі знання, сили та вміння віддавати справі охорони і поліпшення здоров'я людини... подавати медичну допомогу всім, хто її потребує».
8. Нормативами надання медичної допомоги. Зокрема, Наказом МОЗ України «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» від 28.12.2002 р. № 507 до переліку показників якості надання медичної допомоги належать:

доступність медичної допомоги, економічність медичної допомоги, ефективність медичної допомоги, наступність медичної допомоги, науково-технічний рівень медичної допомоги, рівень дотримання технологічності медичної допомоги, рівень якості диспансеризації, рівень якості діагностики, рівень якості лікування, рівень якості обстеження, рівень якості профілактики, рівень якості реабілітації, ступінь задоволення пацієнта отриманою медичною допомогою.

9. Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р.: Наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454. З-поміж завдань реалізації Концепції визначено захист інтересів пацієнта щодо отримання ним якісної медичної допомоги... Окрім цього визначено основні способи розв'язання проблеми в сфері підвищення якості медичних послуг, зокрема створення ефективної системи стандартизації медичних послуг.
10. Наказом МОЗ України «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)» від 19.02.2009 р. № 102/18.  
Сучасний підхід до поліпшення якості медичної допомоги спрямований на контроль і покращання діяльності системи охорони здоров'я, підвищення її ефективності завдяки практиці, що базується на доказах і використанні клінічних досліджень високого ґатунку як основи клінічної інформації. Сучасна медична практика вимагає від лікаря використання тільки найнадійніших доказів, від хворого – активної поінформованої участі в профілактичних програмах та під час надання медичної допомоги. Індикатор якості медичної допомоги – кількісний або якісний показник, відносно

якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно.

11. Наказом МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 р. № 752.
12. Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743.
13. Порядком контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються: Наказ МОЗ України від 10.02.2011 р. № 80.
14. Документами, що регламентують господарську діяльність медичних установ («Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»: наказ МОЗ України від 02.02.2011 р. № 49, «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 01.11.2011 р. № 742 (Наказ МОЗ України від 01.11.2011 р. № 742, «Про затвердження примірних договорів про медичне обслуговування населення»): Наказ МОЗ України від 28.12.2011 р. № 992, «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини»: Наказ МОЗ України від 23.11.2011 р. № 816.
15. Галузевою програмою стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року: Наказ МОЗ України від 19.09.2011 р. № 597.
16. Кодексом медичної етики. Етичний кодекс лікаря України, прийнятий і підписаний на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства від 27.09.2009 р. [п. 3.2]. В Кодексі чітко сказано, що «Лікар несе відповідальність за якість і гуманність медичної допомоги, яка надається пацієнтам, та будь-яких інших професійних дій щодо втручання в життя та здоров'я людини». Особи, винні у порушенні

прав пацієнта, несуть відповідальність у випадках і в порядку, передбачених цивільним, адміністративним чи кримінальним законодавством України. Шкода, заподіяна здоров'ю пацієнтів у результаті порушення їхніх прав, підлягає відшкодуванню у спосіб, установлений цивільним законодавством України. Факт здійснення стосовно пацієнтів протиправних дій, що заподіяли шкоду їхньому здоров'ю, може бути визнаний у результаті досудового розгляду із залученням організацій із захисту прав пацієнтів, представників інших громадських організацій і професійних медичних асоціацій, страхових організацій і (чи) у судовому порядку.

Також важливе місце у інституційному супроводі кадрового забезпечення медичних закладів слід віднести стратегічним та програмно-плановим розробкам регіонів. Так, в Тернопільській області Програмою плану заходів з реалізації у 2015-2017 роках Стратегії розвитку Тернопільської області на період до 2020 року передбачено три ключові напрями:

1) створення умов для покращення здоров'я населення, а також можливостей для формування здорового способу життя;

2) покращення системи загальної середньої та професійної освіти для забезпечення більшої відповідності випускників потребам регіонального ринку праці та адаптація населення до швидких змін на регіональному ринку праці, при цьому ключове завдання полягає в стимулюванні працевлаштування мешканців у межах власних районів, зменшення відтоку професійних кадрів за межі України;

3) забезпечення надання якісних соціальних послуг соціально-незахищеним верствам населення області; соціальний супровід внутрішньо переміщених осіб та членів їх сімей; забезпечення медико-соціального супроводу учасників АТО та членів їх родин, в тому числі оздоровлення та відпочинок дітей з таких родин; - формування екологічного світогляду, заходи щодо збереження довкілля, очищення забруднених територій,

формування сучасних підходів вирішення проблем, пов'язаних з твердими побутовими відходами, забезпечення надання якісних житлово-комунальних послуг.

Напрямок «Сприяння у покращенні здоров'я та збільшення тривалості активного періоду життя людини» включає в себе 19 проєктів, які повинні сприяти стосовно: покращення інфраструктурних можливостей для забезпечення гострих потреб охорони здоров'я населення; придбання медичного обладнання та приладів для виявлення і лікування захворювань; надання комплексу психолого-реабілітаційних заходів для воїнів АТО та соціально-незахищених верств населення; модернізації системи екстреної (швидкої) медичної допомоги, у тому числі високоспеціалізованої медичної допомоги; удосконалення системи сімейної медицини та охорони материнства і дитинства; забезпечення доступу переселенців до соціальних послуг, у тому числі в закладах охорони здоров'я; будівництва нових та реконструкції існуючих спортивних об'єктів області; розширення мережі спортивних клубів, зокрема центрів фізичного здоров'я населення; покращення матеріальної бази спортивних комплексів у навчальних закладах області. Реалізація цих напрямів неможлива без наявності кваліфікованих медичних працівників, які володітимуть сучасними технологіями діагностики та лікування.

Організаційні чинники пов'язані з покращанням менеджменту в медичних установах, розвитком систем якості, стандартизації, метрологічного забезпечення.

Реформування системи управління закладів охорони здоров'я або, точніше, переведення її на сучасний науково-професійний рівень обумовлене реформуванням майже всіх галузей народного господарства. У той же час постійне вдосконалення стилю та стимулів роботи керівних кадрів лікувальних закладів потребує узагальнення досвіду їх роботи, більш глибоких соціальних і психологічних досліджень, наукового обґрунтування принципів і норм організації управлінської діяльності. Це необхідно і тому,

що за останній період з'явилися молоді кваліфіковані кадри, здатні правильно вирішувати суттєві питання, що входять у сферу їх компетенції, багато з них наділені організаторським талантом. Але в них ще немає твердої рішучості і стійкої впевненості у правильності своїх дій.

З точки зору організації праці кожна керівна посада може бути умовно розглянута як конкретне робоче місце, яке повинно забезпечувати для виконання передбаченої роботи певні можливості й умови. Дії, визначені для виконання необхідних завдань, якраз і є функціональними (посадовими) обов'язками цієї посади. Ці функції повинні бути так конкретизовані, щоб у них могла мати місце якась частина роботи, що впливає не тільки зі специфіки даного ступеня ієрархії, а і дійсності, що керівник підрозділу повинен якусь частину свого робочого часу присвятити і такій роботі, яку виконують його співпрацівники. Підрозділ медичного закладу (поліклініка, відділення, лабораторія тощо) – це місце для сумісного виконання при організованому керівництві певних робіт із максимальною ефективністю використання наявних ресурсів. У підрозділі його керівник має можливість виконувати такі функції (рис. 1.6):

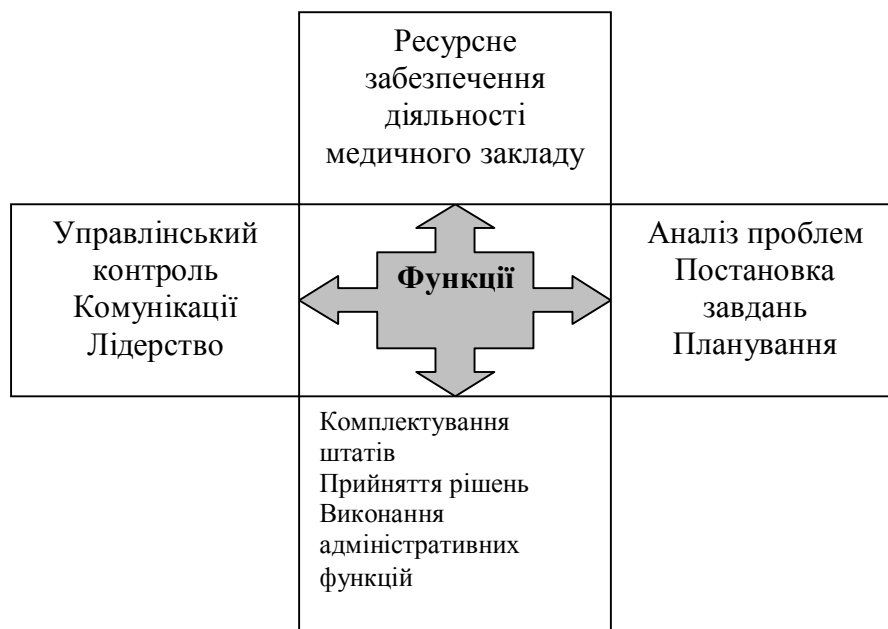


Рис.1.6. Організація керівництва медичним закладом<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Примітка. Побудовано з використанням [5].

1. Здійснювати керівництво програмою на рівні з використанням кадрових і матеріальних ресурсів, а також часу.
  2. Працювати над конкретними заходами або завданням. Наприклад, комунікувати щодо відбору чи оцінки персоналу; складати звіт; розробляти модулі для підготовки кадрів; розподіляти роботу та контролювати її виконання та ін.
  3. Вивчати й обговорювати соціальні особисті відношення. Наприклад, давати інтерв'ю, проводити дискусії, наради, консультації...
- Належне врахування перерахованих нами чинників, які детермінують ресурсне забезпечення медичних закладів, розвиток сучасних медичних технологій дозволять підвищити якість та своєчасність медичних послуг до показників здоров'я розвинутих Європейських держав.

### **Висновки до розділу 1**

Результати проведеного в першому розділі дослідження дали змогу зробити низку висновків стосовно місця та структури ресурсного забезпечення загалом та кадрового забезпечення зокрема в роботі медичних закладів.

Здоров'я є найвищою цінністю суспільства, оскільки суспільство може бути здоровим тільки тоді, коли переважна більшість людей здорова. Здоров'я суспільства оцінюється як національний ресурс розвитку економіки, а здоровий спосіб життя виступає як соціально-економічна категорія. Турбота про здоров'я населення є одним із показників ставлення держави до людей, але стан справ у цій сфері викликає занепокоєння. Бюджет галузі охорони здоров'я має стійку тенденцію до збільшення, однак впродовж останніх років в області зберігається тенденція до погіршення стану здоров'я населення, зумовлена негативними факторами соціально-економічного, екологічного та психоемоційного характеру. Одним із найважливіших завдань є збільшення активного періоду життя громадян шляхом забезпечення умов для повноцінного фізичного розвитку, популяризації



фізичної культури та спорту і здорового способу життя. Однак, на даний час рівень фізичної культури і аматорського спорту не відповідає сучасним вимогам і не може задовольнити потреби населення. Це призвело до значного погіршення фізичного стану працездатної частини населення, зростанню захворювань тощо. Відсутність зайнятості в сільських територіях веде до зростання надмірного вживання алкоголю, маргіналізації дорослого чоловічого населення. На фоні погіршення медичного забезпечення це посилює тенденції до втрати працездатності та смертності у значної кількості осіб працездатного віку.

Психічне здоров'я і психічне благополуччя є найважливішими передумовами високої якості життя, недосконалість нормативно-правової бази та здійснення профілактичної роботи, відсутність належного кадрового забезпечення психіатричної сфери, недостатнє фінансування галузі лише актуалізує необхідність напрацювання ґрунтовних наукових досліджень для вирішення окреслених проблем.

Досвід багатьох держав світу свідчить про те, що існує прямо пропорційна залежність між рівнем здоров'я нації та рівнем державного фінансування охорони здоров'я. Наприклад, для досягнення очікуваної тривалості життя на рівні « нової Європи » (73-75 років) держзатрати на одну людину в області охорони здоров'я повинні складати 1200 доларів США. Тобто для України це означає необхідність збільшення витрат у 4,65 рази. Тому необхідно кардинально переглядати ресурсне забезпечення галузі, а аналітику даного процесу проводити в розрізі: складу кадрового забезпечення медичного, немедичного та управлінського профілю; структури інформаційного забезпечення, дослідження інформаційних процесів в медицині, розробки нових інформаційних технологій медицини, вирішення наукових проблем створення та впровадження обчислювальної техніки в медицину; аналізу джерел фінансування системи надання медичних послуг; переліку базових медичних послуг, що надаються в рамках системи державного медичного страхування; структури касових та фактичних

видатків медичних установ; аналізу динаміки державних асигнувань та підвищення ефективності їх використання; джерел позабюджетного фінансування охорони здоров'я; індивідуальних параметрів програм надання медичних послуг та шляхів покращення якості медичного обслуговування; забезпеченості медичних закладів необхідними ліками та медобладнанням.

До принципів ресурсного забезпечення слід віднести: поліпшення доступності медичної допомоги; підвищення позитивного впливу системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я; підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я; зростання задоволення населення системою медичного обслуговування; захист інтересів пацієнта щодо отримання ним якісної медичної допомоги; захист інтересів медичних працівників на випадок професійного ризику.

Науковими підходами до кадрового забезпечення діяльності медичних установ варто виокремити : комплексний, інтегрований до кращих зарубіжних практик і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, шляхом постійної модифікації і вдосконалення самої системи.

Проведені авторські розвідки дозволили виокремити три групи чинників, які в найбільшій мірі впливають на ресурсне забезпечення медичних установ: інституційні, соціальні, організаційні. Інституційні чинники пов'язані з визначенням пріоритетів та прийняттям рішень у сфері нормативно-правового регулювання, ресурсного забезпечення та здійснення державного управління сферою охорони здоров'я. Соціальні чинники пов'язані із доступом до отримання медичних послуг, задоволенням очікувань населення та прагненнями працівників медичної галузі. Організаційні чинники пов'язані з покращанням менеджменту в медичних установах, розвитком систем якості, стандартизації, метрологічного забезпечення, застосування маркетингових підходів в наданні медичних послуг.

Для вдосконалення інституційного супроводу кадрового забезпечення системи охорони здоров'я доцільно забезпечити:

- прийняття Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2020 р., в якій чітко виокремити шляхи активізації функціонування підрозділів центрів первинної медико-санітарної допомоги в регіонах області; модернізації підрозділів сучасної швидкої медичної допомоги в складі існуючих медичних закладів, медичних об'єднань або відокремлених в окремі юридичні особи: станції швидкої медичної допомоги; пункти швидкої медичної допомоги постійного базування; пункти швидкої медичної допомоги тимчасового базування; створення сучасних консультативно-діагностичних центрів в районах на базі існуючих районних поліклінік;
- концепції Державної програми розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні до 2020 року, яка стане основою для подальшого розвитку цієї системи України. Особливу увагу слід звернути на причинах недостатньої ефективності надання психіатричної допомоги в Україні.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

#### **2.1. Оцінка організаційних передумов для формування кадрового потенціалу медичного закладу**

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня – найбільший лікувально-профілактичний заклад Тернопільщини. В ньому проходять лікування та реабілітацію понад 16 тисяч хворих з психіатричною та неврологічною патологіями та отримують амбулаторно-поліклінічну допомогу понад 50 тисяч пацієнтів області щорічно.

Підвалини стрімкого розвитку психоневрологічної служби на Тернопіллі започаткували наприкінці 1960-их років минулого століття, коли така знакова постать в історії медицини, як професор Олександр Адріанович Ярош зініціював перед тодішніми владоможцями розв'язання назрілої проблеми, а саме - побудови спеціалізованого медичного закладу обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні.

Тодішнє керівництво медичної галузі, вся медична спільнота краю активно доклалися до того, аби психіатрична лікарня з барачного типу трансформувалася в потужний сучасний лікувальний заклад, де отримали свій розвиток психіатрична, неврологічна та нейрохірургічна допомога мешканцям області й Тернополя.

Поєднавши наявний ресурс кваліфікованих спеціалістів з науковим потенціалом Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, вдалося визначити стратегічні напрямки розвитку як лікарні загалом, так і певних служб зокрема.

Становлення та розвиток психіатричної і неврологічної служб області Психіатричної і неврологічної служб у західних областях України, в тому числі і в нашій, до 1939 року практично не існувало. Стаціонарну допомогу

населенню надавала лише Львівська психлікарня на 1000 ліжок, яка майже завжди була переповненою.

Після Другої світової війни до 1952 року амбулаторна допомога психічно хворим у Тернопільській області надавалась невропатологами поліклінік, а на стаціонарне лікування хворі направлялись у Львівську або Чернівецьку психіатричні лікарні.

Початком організації психіатричної служби став 1952 рік, коли було відкрито чоловічий психіатричний відділ обласної лікарні на 25 ліжок, а в с. Мишковичах Тернопільського району - психіатричну жіночу лікарню.

З відкриттям у 1954 році неврологічного відділення на 40 ліжок в обласній лікарні розпочалась організація спеціалізованої неврологічної допомоги.

Психіатричне відділення Тернопільської обласної лікарні було перейменовано в психіатричну лікарню, а в с. Буданові Тербовлянського району відкрито третю психіатричну лікарню області.

У 1956 році всіх стаціонарних психіатричних хворих області зосередили в Буданівській психіатричній лікарні, де було розгорнуто 300 ліжок. Створений тоді ж обласний психоневрологічний диспансер очолив позалікарняну психіатричну службу, що дало можливість забезпечити диспансерний нагляд за хворими і позитивно позначилось на використанні психіатричних ліжок.

У 1958 році кількість ліжок у Буданівській психіатричній лікарні збільшилась до 400, а в грудні цього ж року в Почаєві відкрили нову психіатричну лікарню на 100 ліжок.

На початок 1959 року психіатричну і неврологічну служби в області складали: психоневрологічний диспансер і дві лікарні загальною потужністю 500 стаціонарних ліжок. У цьому ж році при Тернопільському медінституті (нині державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського) відкрито кафедру нервових хвороб, організовано наукове товариство невропатологів і

психіатрів, робота яких була спрямована на поліпшення кваліфікованої допомоги неврологічним хворим.

У 1959 році проведено заходи щодо зміцнення психіатричної служби області і укомплектуванню її кадрами. Розширився ліжковий фонд психіатричних лікарень. База кафедри психіатрії - стаціонар обласного психіатричного диспансеру - з 25 стаціонарних ліжок зросла до 135. Цей рік став офіційно роком створення стаціонарної психіатричної служби в м. Тернополі.

Помітний приріст ліжкового фонду відбувся у 1973 році після здачі в експлуатацію нових лікарняних корпусів в обласному центрі. У результаті цього психіатрична служба отримала ще 315 ліжок, а обласний диспансер зі стаціонаром перейменований у Тернопільську обласну клінічну психоневрологічну лікарню. Першим головним лікарем, будівничим лікарні був досвідчений організатор охорони здоров'я Старченко В.Т.

Тривалий період колектив лікарні очолював висококваліфікований фахівець, кандидат медичних наук, Заслужений лікар України Мартинюк Петро Гаврилович, який зробив вагомий внесок у розвиток лікарні. У 1980 році психіатрична і неврологічна служби області вже нараховували 1555 ліжок. Провідним медичним закладом стає Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня з розгорнутими на її базі кафедрами неврології і психіатрії.

У 1998 році обласний психоневрологічний диспансер увійшов до складу лікарні як амбулаторно-поліклінічне відділення, що дозволяє більш якісно і своєчасно надавати психіатричну допомогу населенню області, оперативно реагувати на проблеми психіатричної служби на периферії.

Нині відділення працює над тим, щоб діагностична та лікувальна бази відповідали сучасним вимогам. Тому лікування пацієнтів проводиться відповідно до визнаних європейських протоколів. Тож триває радикальне оновлення лабораторної служби, впроваджуються нові підходи в активному

лікуванні інсультів, здійснюються сучасні реабілітаційні програми для хворих на психічні недуги.

Організаційне забезпечення Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні складають такі підрозділи (див. рис.2.1):

- адміністративно-управлінський персонал;
- бухгалтерія;
- 8 психіатричних відділень для дорослих;
- соматопсихіатричне відділення;
- психіатричне відділення-дитяче;
- психіатричне відділення / підлітково-дитяче ;
- чотири неврологічних відділення;
- господарсько-обслуговуючий персонал;
- відділення інтенсивної терапії кризових станів;
- відділення для надання невідкладної допомоги хворим з гострими порушеннями мозкового кровообігу;
- амбулаторне-поліклінічне відділення;
- організаційно-методичний консультативний відділ;
- відділ лікарсько-психологічного консультування для хворих з сексуальними розладами;
- амбулаторна судова-психіатрична експертна комісія (АСПЕК);
- денний стаціонар психіатричний профілю;
- відділення платних послуг;
- фізіотерапевтичне відділення;
- відділ функціональної діагностики;
- рентгенологічне відділення;
- клініко-діагностична лабораторія;
- бактеріологічна лабораторія;
- консультативний відділ;
- інфекційний ізолятор;

- приймальний відділ;
- лікувально-виробничі майстерні;
- централізована стерилізаційна;
- денний стаціонар неврологічного профілю;
- центр ранньої медико-соціальної реабілітації хворих з органічним ураженням нервової системи;

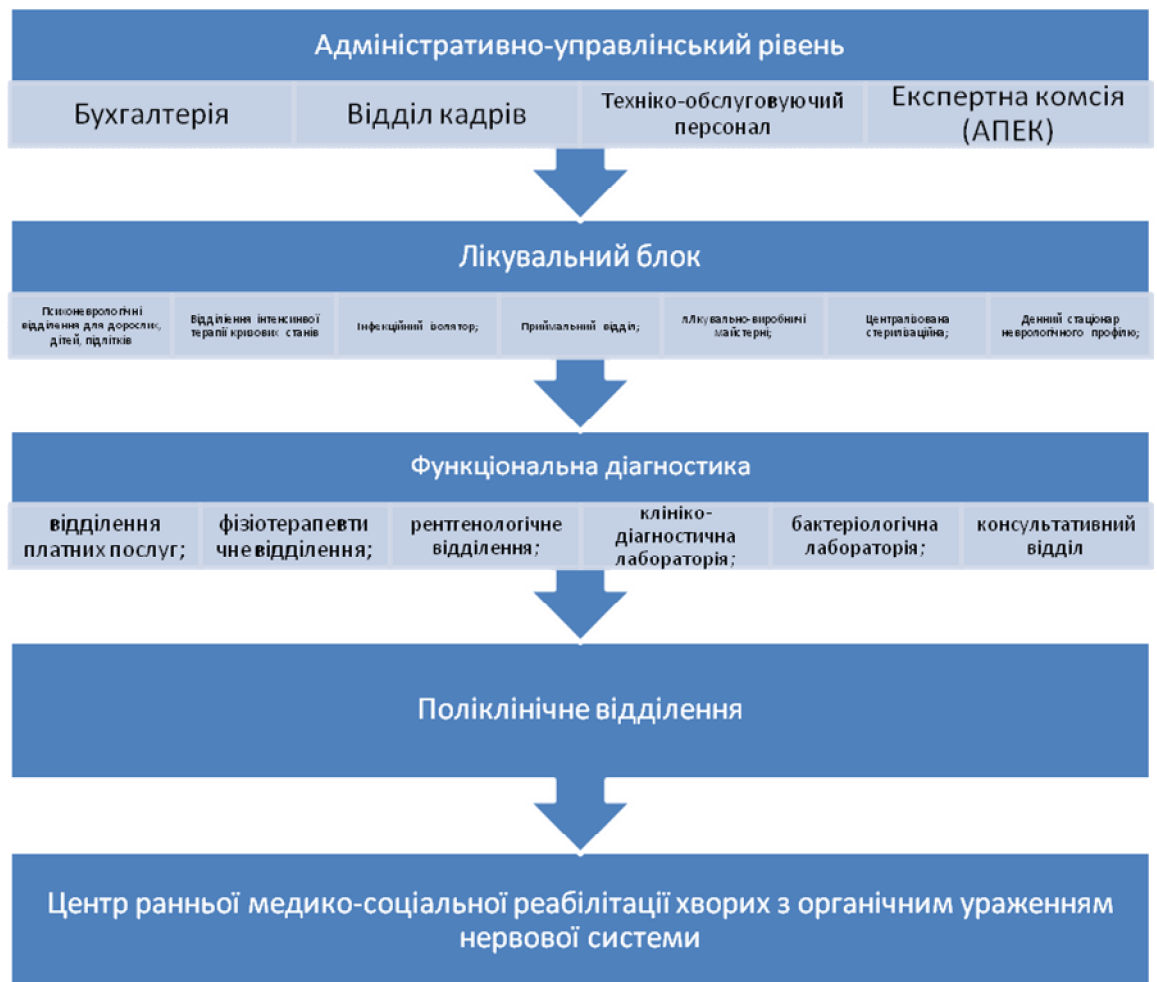


Рис.2.1. Організаційне забезпечення Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні

Основні завдання, які вирішує лікарня включають:

1. Забезпечення в повному обсязі високоспеціалізованою стаціонарною та консультативно-поліклінічною медичною допомогою населення області.
2. Надання сільським, селищним, міським, районним лікувально-профілактичним закладам організаційно-методичну допомогу з метою



підвищення якості лікувально-профілактичного обслуговування населення області.

3. Підвищення якості підготовки медичних кадрів.

4. Сприяти створенню умов для проведення навчально-педагогічного процесу з використанням сучасних досягнень медичної науки і техніки.

5. Сприяти забезпеченню умов для виконання науково-практичних досліджень за тематикою клінік.

6. Підвищення кваліфікації лікарів, медичних сестер на робочих місцях, забезпечення практики студентів ТДМУ ім. І.Я.Горбачевського, медичних коледжів, спеціалізація сестринського персоналу сільських, селищних, міських, районних лікувально-профілактичних закладів області.

7. Напрацювання за завданням органів охорони здоров'я заходів, направлених на підвищення якості медичного обслуговування і охорони здоров'я населення області, зниження захворюваності, лікарняної летальності, інвалідності та смертності за напрямками діяльності.

Сучасна психіатрична лікарня має бути забезпечена не лише міцною лікувально-діагностичною базою, новою медичною технікою і апаратурою, а й належними побутово-житловими умовами, аби хворі почувалися зручно. Внутрішнє планування приміщень, зокрема палат і лікувально-діагностичних кабінетів, їх меблювання не мають відрізнятися від оснащення звичайних лікарень. Крім того, потрібно, аби кожна психіатрична клініка мала клуб, спортивні зали, майданчики, тенісні корти, дендропарк, культові споруди, комплекс магазинів і кафе, службу побутового сервісу та ін. Правила внутрішнього розпорядку для хворих і відвідувачів мають ґрунтуватися на принципах партнерства, взаємодопомоги, дотримання прав і свобод людини.

Головний лікар лікарні виконує наступні управлінські функції:

1. Розробляє і здійснює заходи, спрямовані на підвищення якості і культури діяльності лікарні з медичного обслуговування населення області, надання високоспеціалізованої стаціонарної, консультативно-поліклінічної допомоги.

2. Затверджує комплексні річні плани лікарні, включаючи всі напрямки її трудової діяльності.

3. Координує організаційно-методичну роботу;

4. Забезпечує своєчасне впровадження в практику сучасних методів і засобів профілактики, діагностики та лікування хворих;

5. Вивчає та впроваджує нові організаційні форми медичного обслуговування населення і передового досвіду роботи лікувально-профілактичних закладів області та регіону.

У своїй роботі керується чинним законодавством України про охорону здоров'я, Кодексом законів про працю України, Статутом лікарні, договором «Про спільну діяльність в галузі практичної, науково-дослідної медицини та медичної освіти між державним вищим навчальним закладом «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського», рішеннями Тернопільської обласної ради, департаменту охорони здоров'я, нормативно-правовими актами, що регулюють діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, організацію лікарської експертизи непрацездатності, Правилами внутрішнього трудового розпорядку, наказами та розпорядженнями головного лікаря.

Якість надання послуг медичною установою, відповідність їх сучасним викликам медицини залежить від наявної матеріально-технічної бази. Матеріально-технічна база включає основні й оборотні кошти. До основних фондів (засобів) відносять: будинки і споруди; передатні пристрої; машини й устаткування, у тому числі дослідно-експериментальні уставки, наукові прилади, засоби автоматизації й обчислювальна техніка і т. д.; транспортні засоби; інструмент, інвентар та інші основні фонди, що складаються на балансі лікарень і використовуються в їхній основній діяльності.

Оборотні кошти лікарні – це предмети праці, які цілком споживаються в процесі виконання медичних послуг, змінюють свою натуральну форму і переносять свою вартість на виконану послугу повністю. До оборотного

капіталу (оборотних засобів) відносяться: паливо, енергія, газ, фонд заробітної плати, а також лікарські засоби і засоби догляду за хворими, включаючи малоцінний і швидкозношуваний інвентар. Для безперебійної роботи медичний заклад має бути забезпечене всіма видами оборотних коштів у належному обсязі і кількості. Для цієї мети застосовні методи розрахунку запасів необхідної кількості лікарських засобів, м'якого інвентарю, засобів гігієни, продуктів харчування та ін. Розрізняють добовий, поточний і страховий запаси.

$$Зтек = Мср \times Д, \quad (2.1)$$

де  $Мср$  – середньоденна потреба

$Д$  – кількість днів між 2-ма поставками.

Запас страховий повинен відображати асортимент, обсяг матеріалів, що забезпечують адекватну медичну допомогу з урахуванням періоду між поставками лікарських засобів або між термінами надходження фінансування. Неправильне обчислення запасу будь-якого виду засобів може призвести або до неякісного виконання медичної послуги, або до перевищення кошторису витрат.

Ефективність використання оборотних коштів залежить від багатьох факторів:

- обсяг діяльності медичної установи;
- правильний облік використання лікарських засобів і матеріалів;
- раціональне та ефективне використання грошових коштів на медикаменти та вироби медичного призначення;
- створення механізму лікарського забезпечення медичних установ та пільгових категорій громадян;
- забезпечення прав застрахованих на отримання лікарських засобів та інструменти медичного призначення, що гарантують якісну медичну допомогу, державне регулювання цін на ліки.

Особливістю оборотних коштів є те, що вони, насамперед, мають натуральну, а потім вже грошову форму, що дає підставу для розрахунку

показників матеріаломісткості і матеріаловіддачі в цілях встановлення рівня ефективності використання оборотних коштів медичного закладу. Рішення завдання ефективності використання оборотних коштів у системі живлення має свої особливості і залежить від: діагностики захворювання, наявності ліжко-місць, термінів доставки продуктів харчування, термін між двома поставками, рівня кваліфікації працівників харчоблоку, наявності або відсутності схеми живлення за формами захворювання, географічного розташування стаціонару, сезонності, наявності або відсутності систематичної і достовірної інформації про хімічний склад та калорійність страв.

Незважаючи на позитивну динаміку в забезпеченні медичними препаратами лікарня відчуває дефіцит необхідних оборотних засобів. Так, вартість 1 ліжко-дня за 2016 рік по медикаментозному забезпеченню склала 277 (двісті сімдесят сім) грн. 80 коп. Якщо порівнювати співвідношення витрат на оборотні засоби в рамках фінансування ліжко-днів з програмним фінансуванням, то домінує в силу специфіки друга складова (див. рис.2.2).

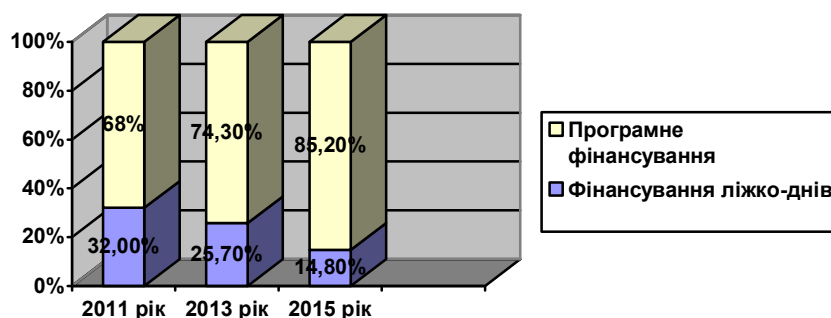


Рис.2.2. Структура фінансування оборотних активів за 2011-2015 рр.

Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Примітка. Побудовано автором з використанням інформації кошторису установи.

Відкриття фізіотерапевтичного відділення та водолікарні на базі психоневрологічної лікарні стало однією з найголовніших подій на Тернопільщині у 2015 році.

Проблема реабілітації є однією з провідних у неврології і має велике медико-соціальне значення. Вдосконалення організації відновного лікування і застосування сучасних методів і підходів дозволяють підвищити ефективність реабілітації хворих. На сьогоднішній день пацієнти лікарні забезпечені своєчасним наданням кваліфікованої фізіотерапевтичної допомоги з моменту поступлення їх в стаціонар шляхом впровадження нових лікувальних та оздоровчих методів фізіотерапії, а саме: водні процедури (душ Шарко, циркулярний душ, висхідний душ, дощовий душ, підводний душ-масаж, перлинні ванни, ароматичні ванни, гідрогальванічні ванни, вихрові ванни для рук і для ніг, колонотерапія, підводне витягіння, басейн); теплопроцедури (парофінотерапія, озокеритотерапія, гальваногрязь); електропроцедури (гальванізація, електрофорез, діодінамотерапія, ампліпульстерапія, магнітотерапія, світлотерапія – кварц, солюкс, електроміостимуляція, індуктотермія, ультразвук, УВЧ, “Ромашка”, ендотон, тубускварц, д’арсонвалізація); фінська сауна; вібросауна; солярій; турецька баня; масаж та ЛФК (вібромасаж, точковий масаж, SPA-масаж, медовий масаж, аромомасаж).

Актуальним в області є надання кваліфікованої допомоги пацієнтам із захворюваннями хребта. Тож, вперше в Україні на базі фізіотерапевтичного відділення обласної психоневрологічної лікарні введено метод сухої витяжки з сучасним комп’ютерним оснащенням.

Відкриття фізіотерапевтичного відділення на базі лікувально-профілактичного закладу дасть також можливість зменшити смертність від інсультів на 50%, а своєчасна і правильно проведена реабілітація підвищить шанси хворих повернутися до повноцінного життя.

Істотною проблемою, що потребує міжвідомчої взаємодії, в організаційному супроводі роботи ТОККПНЛ є довготривале перебування пацієнтів в стаціонарах психіатричного профілю. Відповідно до клінічних протоколів, хворі на психічні захворювання мають перебувати в стаціонарі не більше двох місяців. Але іноді перебувають там

роками, у зв'язку із тим, що лікарі не можуть без згоди опікуна виписати особу зі стаціонару. Прикладом того, як вирішується ця проблема, можна вважати досвід Івано-Франківської обласної психоневрологічної лікарні №3, керівництво якої в подібних випадках офіційно звертається до відповідних органів опіки та піклування з тим, щоб вони здійснили контроль над опікуном. І якщо опікун не виконує свої обов'язки по відношенню до конкретної особи, його позбавляють статусу опікуна. В цьому питанні потрібна відповідна увага з боку Міністерства соціальної політики.

Актуальними, на нашу думку, залишаються питання дотримання прав людини при наданні психіатричної допомоги, здійсненні примусових заходів медичного характеру та питання захисту прав дітей при наданні їм психіатричної допомоги.

Суттєвою проблемою і надалі є відсутність в країні дієвої системи реабілітації психіатричних пацієнтів, які повертаючись після лікування, не в змозі знайти своє місце в суспільстві. Не чисельні громадські організації, що працюють в цьому напрямку (як правило, групи родичів, правозахисники тощо) не в змозі вирішити цю проблему без підтримки держави. Оскільки система реабілітації психіатричних пацієнтів не може бути суто медичною, а значною мірою соціальною, тому виникає необхідність підготовки кадрів на стику медицини і соціальної роботи.

## **2.2. Аналіз кадрового потенціалу в досліджуваному медичному закладі**

В організації управління закладом велику увагу приділяють людському фактору, підвищенню якості роботи й творчої віддачі кадрового потенціалу, поліпшенню фахової підготовки і використанню спеціалістів з урахуванням їх професійного та кваліфікаційного рівнів. Організаційний супровід управління кадровим забезпеченням здійснює центр кадрового та юридичного забезпечення.

Для оцінки професійного рівня кадрового складу та складності виконуваних робіт, відповідності кваліфікаційним вимогам і посадовим обов'язкам Міністерства охорони здоров'я України розробило положення про проведення атестації (Наказ від 02.10.2015 № 650). Основними завданнями атестації лікарів є визначення рівня професійної підготовки лікарів та можливості подальшого використання спеціалістів, підвищення їх кваліфікації. Виділяють наступні види атестації лікарів:

- 1) атестація на визначення знань і практичних навиків з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст»;
- 2) атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- 3) атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестація на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст» проводиться в комісіях, що створюються при вищих медичних навчальних закладах та закладах післядипломної освіти. Атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій проводиться комісіями, що створюються при Міністерстві охорони здоров'я України, структурних підрозділах з питань охорони здоров'я обласних, державних адміністрацій.

Атестація оформляється відповідним листом та сертифікатом (див. дод.В, Д).

Лікарі зобов'язані раз на 5 років прослухати курси підвищення кваліфікації в медичних закладах післядипломної освіти та атестуватися на підвищення чи підтвердження відповідної кваліфікаційної категорії у територіальних управліннях охорони здоров'я. Якщо лікарі не пройшли обов'язкової атестації з поважних причин (наприклад, тривала хвороба), то їм надають ще один рік для того, щоб атестуватися. Протягом цього року лікар зберігає право на атестацію, залишається на посаді, але за категорію в такому разі не платять. Від атестації звільняють вагітних, а також осіб, які перебувають у відпустці для догляду за дитиною. Термін їхньої чергової атестації переносять відповідно до наказу керівника закладу.

Спеціалісти, які без поважних причин вчасно не пройшли атестацію, втрачають наявну кваліфікаційну категорію, і в такому разі адміністрація закладу має право ухвалювати рішення про звільнення такого працівника. Для того, щоб мати право знову займатися лікарською діяльністю, працівник проходить стажування та атестацію на визначення знань і практичних навиків, і тільки після поновлення сертифіката лікаря-спеціаліста він зможе працювати на посаді лікаря.

Лікарі зобов'язані раз на 5 років прослухати курси підвищення кваліфікації в медичних закладах післядипломної освіти та атестуватися на підвищення чи підтвердження відповідної кваліфікаційної категорії у територіальних управліннях охорони здоров'я. Якщо лікарі не пройшли обов'язкової атестації з поважних причин (наприклад, тривала хвороба), то їм надають ще один рік для того, щоб атестуватися. Протягом цього року лікар зберігає право на атестацію, залишається на посаді, але за категорію в такому разі не платять. Від атестації звільняють вагітних, а також осіб, які перебувають у відпустці для догляду за дитиною. Термін їхньої чергової атестації переносять відповідно до наказу керівника закладу.

Спеціалісти, які без поважних причин вчасно не пройшли атестацію, втрачають наявну кваліфікаційну категорію, і в такому разі адміністрація закладу має право ухвалювати рішення про звільнення такого працівника. Для того, щоб мати право знову займатися лікарською діяльністю, працівник проходить стажування та атестацію на визначення знань і практичних навиків, і тільки після поновлення сертифіката лікаря-спеціаліста він зможе працювати на посаді лікаря.

Медичні працівники зі стажем роботи не менше ніж п'ять років мають право на надання другої кваліфікаційної категорії. Першу кваліфікаційну категорію, на бажання працівника, може надавати, якщо стаж роботи не менше як сім років. На вищу категорію мають право атестуватися фахівці, які мають стаж роботи більше ніж десять років.



Молодші спеціалісти з медичною освітою, які мають другу кваліфікаційну категорію і стаж роботи зі спеціальності більше ніж десять років, мають право подавати документи на надання вищої категорії. Крім стажу, такі працівники повинні відповідати вимогам щодо вищої категорії: вирізнятися високим професіоналізмом, сумлінно виконувати свої обов'язки, володіти сучасними методами профілактики та догляду за пацієнтами.

Якщо працівник атестувався позачергово на першу кваліфікаційну категорію, маючи стаж роботи не менше ніж сім років і хоче її підвищити, то ця атестація може відбутися тільки через п'ять років після надання першої категорії. Якщо атестація на першу категорії відбулася через п'ять років після надання другої кваліфікаційної категорії, то працівник має право позачергово атестуватися на вищу категорію, але не раніше ніж через рік після попередньої атестації. Дві позачергові атестації не допускаються. Лікарі зобов'язані протягом року пройти курси, щоб мати право на позачергову атестацію, а молодші спеціалісти з медичною освітою можуть атестуватися на підставі попередніх курсів.

У період між передатестаційними циклами (ПАЦ) лікарі повинні набрати необхідну кількість балів відповідно до Шкали значень різних видів діяльності лікарів згідно наказу МОЗ № 73 від 18.05.94 із змінами (№ 484), який регламентує проведення іспитів на передатестаційних циклах. Бали зараховуються при проходженні лікарем ПАЦ і повинні бути підтверджені відповідними документами.

Зокрема, якщо раніше атестація проводилася за спеціальностями, передбаченими Номенклатурою лікарських спеціальностей, затвердженою наказом МОЗ України № 359 від 19.12.1997р., то тепер нове Положення відсилає до Переліку лікарських посад у закладах охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ України №385 від 28.10.2002 р.

У новому Положенні відсутні норми, згідно яких у разі виявлення істотних недоліків у роботі лікаря керівник органу чи закладу охорони здоров'я може направити подання в атестаційну комісію про зняття

кваліфікаційної категорії чи про відмову в підтвердженні звання лікаря-спеціаліста, незалежно від строку присвоєння (підтвердження) категорії чи звання.

Таблиця 2.1

### Методика атестаційної оцінки

Для вищої кваліфікаційної категорії

| Рік                   | Постійна частина, бали нараховуються за навчання на передатестаційних циклах у закладах (на факультетах) післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації | Варіативна частина | Разом    |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|
| 2010                  | 40 балів                                                                                                                                                 | 8 балів            | 48 балів |
| 2011                  |                                                                                                                                                          | 16 балів           | 56 балів |
| 2012                  |                                                                                                                                                          | 24 бали            | 64 бали  |
| 2013                  |                                                                                                                                                          | 32 бали            | 72 бали  |
| Починаючи з 2014 року |                                                                                                                                                          | 40 балів           | 80 балів |

Для першої кваліфікаційної категорії

| Рік                   | Постійна частина, бали нараховуються за навчання на передатестаційних циклах у закладах (на факультетах) післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації | Варіативна частина | Разом    |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|
| 2010                  | 40 балів                                                                                                                                                 | 6 балів            | 46 балів |
| 2011                  |                                                                                                                                                          | 12 балів           | 52 бали  |
| 2012                  |                                                                                                                                                          | 18 балів           | 58 балів |
| 2013                  |                                                                                                                                                          | 24 бали            | 64 бали  |
| Починаючи з 2014 року |                                                                                                                                                          | 30 балів           | 70 балів |

Для другої кваліфікаційної категорії

| Рік                   | Постійна частина, бали нараховуються за навчання на передатестаційних циклах у закладах (на факультетах) післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації | Варіативна частина | Разом    |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|
| 2010                  | 40 балів                                                                                                                                                 | 4 бали             | 44 бали  |
| 2011                  |                                                                                                                                                          | 8 балів            | 48 балів |
| 2012                  |                                                                                                                                                          | 12 балів           | 52 бали  |
| 2013                  |                                                                                                                                                          | 16 балів           | 56 балів |
| Починаючи з 2014 року |                                                                                                                                                          | 20 балів           | 60 балів |

Джерело: складено на основі наказу МОЗ № 73 від 18.05.94 із змінами (№ 484).

Облікова кількість штатних працівників Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні складає 987 осіб з них: жінок – 815 осіб. Знаходяться у відпусці по догляду за дитиною 107 осіб. Штатний розпис закладу на кінець 2016 року включав: штатних посад 934 одиниці; зайнятих посад 924; фізичних осіб 987. Вільних вакансій 10 одиниці. Укомплектованість кадрами 99 % . Лікарський склад включає 140 штатних посад, з них мають кваліфікаційні категорії всього 95. Укомплектованість кадрами складає 102%. За освітнім потенціалом 55 лікарів мають вищу освіту, наукову ступінь мають 5 лікарів, без категорії працюють 5 працівників, 27 мають першу категорію, 21 – другу, молодших спеціалістів 23. Лікарів-інтернів, в диспансері працює 11 осіб, з них 9 осіб працює за державним направленням.

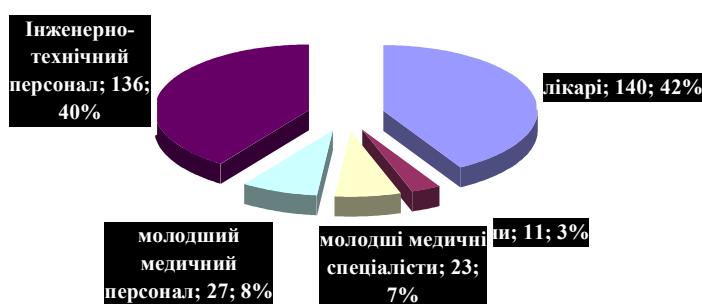


Рис.2.3. Якісний кадровий склад Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Примітка. Побудовано автором з використанням інформації Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні

Серед працівників середнього медперсоналу (282 посади) підтвердження по категоріях мають 167 працівників: вища категорія- 110 працівників, перша – 50, друга 58, молодих фахівців – 159.

Також в лікарні працює 12 працівників з немедичною освітою (психологи та біохіміки), з них 8 осіб мають кваліфікаційні категорії

(відповідно першу – 6, другу – 2, молодих спеціалістів – 4) та 139 допоміжного персоналу техніко-обслуговуючого рівня.

У 2015 році підвищили свою кваліфікацію 25 чоловік, з них керівного складу 7 чоловік, 22 пенсіонерів та 21 передпенсійного віку кваліфікацію не підвищували.

Управління кадровим забезпеченням досліджуваного медичного закладу включає в себе:

1. Організацію роботи щодо підбору та розміщення кадрів з урахуванням їх професійного і кваліфікаційного рівнів.

2. Забезпечення постійного підвищення фахової кваліфікації лікарів та молодших медичних спеціалістів шляхом:

а) проходження курсів удосконалення, атестації, стажування в клініках України та за кордоном;

б) здобуття наукових ступенів медичним персоналом та вищої медичної освіти молодшими медичними спеціалістами.

3. Формування дієвого резерву кадрів для висування їх на керівні посади.

4. Забезпечення юридичного супроводу діяльності лікарні, надання консультацій працівникам лікарні з організаційно-правових та інших юридичних питань.

5. Ведення діловодства з кадрових питань відповідно до чинного законодавства України про працю.

Рух кадрів представлено в табл.2.1, свідчить, що в системі кадрового забезпечення обрано вектор скорочення штатних працівників, оскільки коефіцієнт звільнення практично на 50% більший від коефіцієнту прийняття.

*Таблиця 2.1*

#### Рух кадрів ТОККПНЛ в 2015 році

| Звільнено |     |         | Прийнято |     |         |
|-----------|-----|---------|----------|-----|---------|
| лікарі    | м\с | Мол.м\с | лікарі   | м\с | Мол м\с |
| 7         | 17  | 65      | 3        | 16  | 31      |

Для кожного медичного спеціаліста, відповідно до посадової інструкції, розроблено стандарти і критерії оцінки якості роботи, які щомісячно аналізують на зборах у відділенні.

Середній медперсонал: (мед.персонал, фармацевт, зубний лікар ) включає 282 посади одну вакантну, з яких 52 пенсіонерів. З них мають кваліфікаційні категорії всього 167 працівників: вищу – 110, першу – 50, другу 58. Молодих спеціалістів – 159.

Теоретичну та практичну підготовку медсестринського персоналу підвищують за чітко відрегульованою схемою післядипломного навчання медсестер. Вимогою нинішнього дня є висококваліфікована медсестра. Нові технології в охороні здоров'я, нові методи діагностики і лікування, сучасні стандарти рівня медсестринського догляду й опіки – все це потребує постійного необхідного навчання та вдосконалення. Тому вираз «Освіта не на все життя, а через усе життя» є кредом для кожної медсестри нашої лікарні

Тривалість стажування для медсестер складає 1 місяць, для медсестер, які вийшли на роботу з відпустки по догляду за дитиною до 3–6 років, та молодших медсестер – 2 тижні. Після закінчення стажування комісія, регламентована наказом по лікарні, до якої входять представники всіх секторів сестринської ради лікарні, медсестри вищої кваліфікаційної категорії, бакалаври, магістри, проводить співбесіду з молодим спеціалістом.

Атестують молодших медичних спеціалістів згідно з наказом МОЗ України від 23.11.2007 року № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою».

Для підтримки на високому рівні кваліфікації молодших медичних спеціалістів із здійснення медсестринського догляду, виконання маніпуляцій, ведення медсестринської документації медсестри проходять стажування на робочих місцях у відділеннях лікарні.

Оволодіння суміжними спеціальностями, ротація медсестер на робочих місцях у відділеннях – це ще один етап удосконалення. Виробнича та

переддипломна практика студентів навчальних медичних закладів на базі відділень лікарні в процесі навчального процесу, поліпшення теоретичної і практичної підготовки медсестер. Перед початком проходження практики студентами старша медсестра як безпосередній керівник практики у відділенні, ознайомившись з переліком завдань, передбачених програмою практики, проводить семінарські заняття з медсестрами, на яких розглядають практичні навички, теоретичні питання, які необхідно висвітлити і продемонструвати студентам. Адже медсестра, за якою будуть закріплені студенти, не тільки теоретично пояснює, а й практично демонструє виконання медсестринських маніпуляцій, ділиться власним досвідом.

Всі медсестри диспансеру пройшли навчання щодо набуття навичок роботи з комп'ютером, оволодіння відповідними комп'ютерними програмами «Поліклініка», «Стаціонар» та програмою «Vebo-глядач», що дає доступ до всесвітньої мережі «Інтернет», локального Інтернет-ресурсу університетської лікарні «ТОKL-net».

Це ще один етап у навчанні молодших медичних спеціалістів, який приводить до фахового росту, оскільки відкриває двері величезного інформаційного простору.

Система контролю за якістю надання медичної допомоги базується на медико-експертних стандартах. Медико-експертні стандарти включають: клініко-статистичні групи за профілем, термін лікування, стандарти якості обстеження і лікування, категорії складності обстеження і лікування. Контроль за якістю проводять на 3 рівнях. Рівні контролю: 1) завідувач структурного підрозділу; 2) заступник головного лікаря з лікувальної роботи; 3) заступник головного лікаря з експертизи.

Налагоджена система контролю дала можливість оцінити діяльність на кожному рівні, своєчасно виявити й усунути недоліки лікувально-діагностичного процесу. Результати аналізу організації та якості надання медичної допомоги заслуховують на оперативних нарадах, засіданнях правління з контролем за виконанням запланованих заходів.

Отже, можна стверджувати, що лікарня забезпечена фахівцями, які надають якісну медичну допомогу.

### **2.3. Діагностика професійності кадрів в системі забезпечення якісного надання медичних послуг**

Діагностику професійності кадрів необхідно проводити для забезпечення якості надання медичних послуг.

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги відповідно Наказу Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 752 здійснюється керівництвом закладів охорони здоров'я або медичними радами закладів охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я; самооцінки медичних працівників; організації надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я; моніторингу реалізації управлінських рішень; моніторингу дотримання структурними підрозділами закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів; моніторингу системи індикаторів якості медичної допомоги; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги.

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, проведення акредитації закладів охорони здоров'я, атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я, проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється за такими складовими:

- структура, процес та результати медичної допомоги;
- організація надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень;
- відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників закладів охорони здоров'я;
- вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги;
- забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги.

Контроль якості наданої медичної допомоги проводиться у випадках смерті пацієнтів, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання закладами охорони здоров'я стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів та/або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Клініко-експертна оцінка якості та обсягів медичної допомоги здійснюється шляхом експертизи клінічних питань діагностики, лікування та реабілітації медичними радами закладів охорони здоров'я, клініко-експертними комісіями Міністерства охорони здоров'я України та/або управлінь охорони здоров'я протягом 30 днів з дня надходження відповідного звернення або з ініціативи Міністерства охорони здоров'я України, про що складається висновок за результатами клініко-експертної оцінки за формою, наведеною в додатку А.

Кількісна оцінка якості наданих медичних послуг має сформуватись на основі критеріїв, які є найбільш значущими, а також визначити їхню вагу в загальній оцінці:

1) критерії професійні – визначають здатність лікаря (медичного персоналу, що проводить лікування) надавати адекватну медичну допомогу



та підтверджують рівень його кваліфікації. Числова оцінка зазначеної групи має проводитися фахівцями в цій галузі;

2) критерії доступності медичних послуг – група, що характеризує легкість і простоту “доступу” пацієнтів до отримання необхідних медичних послуг. Оцінювання цих критеріїв має проводитися працівниками лікувального закладу;

3) критерії обслуговування – критерії, які визначають рівень обслуговування пацієнтів. Оцінка цих критеріїв має надаватися безпосередньо самими пацієнтами під час або ж безпосередньо після отримання медичних послуг;

4) критерії комунікативні – група, що характеризує, як правило, аспекти ознайомлення з лікувальним закладом, обраними методиками лікування, комунікабельністю медичних працівників тощо. Оцінка наведених критеріїв проводиться пацієнтами;

5) критерії престижності лікувального закладу – формують імідж закладу, рівень його визнання серед інших установ аналогічного профілю, є доказом інноваційності та сучасності лікарні (поліклініки). Визначаються працівниками лікувального закладу, оскільки лише вони володіють вказаною інформацією.

Серед зовнішніх методик забезпечення високої якості медичних послуг акредитація є найбільш поширеною в світі методикою та найбільш ефективною. Її роль полягає у пошуку в сучасних системах охорони здоров'я проблем, що найбільше впливають (можуть впливати) на безпеку пацієнтів. У цьому аспекті в світі напрацьовані критерії вимірювання оцінок закладів охорони здоров'я, тобто акредитаційні стандарти. Ці стандартів світовій практиці мають характер динамічний, підлягають певній модифікації залежно від швидкості отримання бажаного результату. Найцікавішим елементом системи акредитації є те, що окремо взята лікарня може провести самооцінювання через порівняння зі взірцями найкращих ефектів у галузі, які зазначаються в стандартах акредитації. Визначення в такий спосіб слабких

сторін має сприяти виправленню прогалин всередині лікувального закладу.

Система управління якістю шукає та дає можливість контролювати інфраструктуру, проведення закупівлі, потребуючи створення технічно-організаційних і економічних умов для постійного вдосконалення. Істотним є запобігання невідповідностям у прийнятих процедурах та існуючих інструкціях. Норма ISO 9001: 2000 вимагає від працівників не лише ефективного впровадження і підтримки системи ефективного управління, а і її постійного вдосконалення. Акредитація та ISO для закладів охорони здоров'я є підтвердженням якості наданих медичних послуг.

Згідно з Європейським планом дій з питань охорони психічного здоров'я Україна взяла на себе низку важливих зобов'язань. Це, зокрема, створення спеціалізованої служби, діяльність якої спрямована на охорону психічного здоров'я уразливих верств населення, налагодження партнерської співпраці міністерств і відомств у цій галузі, прийняття стратегії розвитку кадрових ресурсів (з метою забезпечення достатньої кількості кваліфікованого персоналу в службах охорони психічного здоров'я). Також наша держава зобов'язалася відмовитися від застосування негуманних і принизливих для особистості методів лікування та нагляду, підвищити рівень соціальної інтеграції осіб з вадами психічного здоров'я, забезпечити можливість пацієнтам і їх опікунам брати участь у плануванні, наданні послуг та перевірках діяльності служб охорони психічного здоров'я. Адже лише незначна кількість людей із психічними розладами є недієздатними, такими, що не можуть себе обслуговувати, приймати певні рішення. Здебільшого ж такі пацієнти усвідомлюють свою хворобу, її клінічні симптоми і прояви, знають, які ліки потрібно вживати, які можуть бути побічні ефекти тощо. Сьогодні у своїй роботі ми спираємося на таке поняття, як compliance (згода, відповідність) — лікар, пацієнт і його родина разом вирішують, як й чим лікуватися, обговорюють прогнози терапії. У радянській психіатрії думка та побажання хворого не бралися до уваги, зараз ситуація інша. Європейські нормативно-правові документи та Закон України «Про

психіатричну допомогу» вимагають поважати пацієнта, отримувати усвідомлену згоду на лікування, госпіталізацію, надання амбулаторної допомоги. І ми намагаємося це впроваджувати.

Система психіатричної допомоги в Україні має розбудовуватися на засадах нової ідеології, спрямованої на її дестигматизацію й інтеграцію в первинну медико-санітарну ланку. Нова методологія передбачає використання біопсихосоціальної моделі, акцент у якій зроблено на психосоціальній терапії та реабілітації, розширення профілактичних заходів, а також забезпечення висококваліфікованими мультидисциплінарними командами: сімейний лікар, психіатр (дитячий психіатр, нарколог), психолог (психотерапевт), медична сестра, соціальний працівник.

Нині МОЗ України визначає основні організаційні засади надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам, а також принципи координації діяльності закладів охорони здоров'я в межах госпітальних округів. З урахуванням проекту постанови Кабінету Міністрів «Питання формування госпітальних округів», вважаємо за доцільне запропонувати модель інтеграції системи психіатричної допомоги у загальну систему реформування охорони здоров'я, яка сприятиме професіоналізації кадрового забезпечення медичних закладів. Адже психіатрична допомога – це комплекс спеціальних заходів, спрямованих на профілактику, раннє виявлення (у тому числі шляхом проведення профілактичних оглядів), діагностику психічних розладів, а також лікування, нагляд, догляд, медичну, психологічну та соціальну реабілітацію осіб з порушеннями психічного здоров'я. Передбачається надання психіатричної допомоги на трьох рівнях, однак на кожному з них вона відрізнятиметься за обсягом послуг, термінами їх надання та професійним рівнем фахівців. Зокрема до компетенції сімейного лікаря (перший рівень) належить проведення комплексу профілактичних заходів, раннє виявлення розладів психічного здоров'я, вчасна організація консультації лікаря-психіатра (бажано за місцем проживання пацієнта, у центрі ПМСД), курація визначених груп хворих під

керівництвом лікарів-психіатрів (усе це передбачено клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України).

Другий рівень надання психіатричної допомоги – основний, оскільки він має забезпечувати всі види спеціалізованої психіатричної допомоги в межах госпітального округу. Організаційна структура амбулаторної допомоги в госпітальному окрузі може бути представлена психіатричними кабінетами, диспансерними відділеннями у структурі психіатричних і соматичних лікарень та самостійними диспансерами, а також денними стаціонарами й виїзними спільнотними бригадами охорони психічного здоров'я (у перспективі можливі нові форми амбулаторної допомоги).

Узагалі ми пропонуємо три організаційні моделі надання спеціалізованої психіатричної допомоги в госпітальному окрузі. Перша представлена спеціалізованим медичним центром психічного здоров'я, який обслуговує все населення госпітального округу і містить у своєму складі психіатричну лікарню (120-180 ліжок на 300 тис. населення) з диспансерним відділенням, денним стаціонаром, виїзними спільнотними бригадами охорони психічного здоров'я. У диспансерному відділенні мають працювати дільничні лікарі-психіатри, котрі надають амбулаторну допомогу (1 ставка на 30 тис. дорослого населення). Посади ж дільничних лікарів-наркологів встановлюються залежно від кількості хворих, які перебувають під наглядом. На одну виїзну спільнотну бригаду охорони психічного здоров'я має припадати 100-150 тис. населення (тобто 2-3 бригади на 300 тис. населення госпітального округу).

Друга організаційна модель охоплює диспансерні відділення, денний стаціонар (на 10-25 місць) і виїзні спільнотні бригади охорони психічного здоров'я. Усі три компоненти є структурними підрозділами лікарні планового лікування. Кількість виїзних бригад, а також ставок дільничних психіатрів та наркологів розраховується, як і в попередньому випадку. Але ми пропонуємо, щоб дільничні психіатри також обслуговували лікарню інтенсивної терапії, консультували хворих у реанімаційних, кардіологічних,

онкологічних відділеннях, медико-соціальних центрах і хоспісах, тобто в усіх закладах, котрі розташовані на території госпітального округу (це стосується кожної із запропонованих моделей). Адже в пацієнтів, які перебувають у соматичних закладах, теж можуть виникати вади психічного здоров'я. Скажімо, у реанімаційних відділеннях трапляються хворі з делірієм, психомоторним збудженням, а в пацієнток пологових відділень іноді виникають до- чи післяпологові психічні проблеми. Їх не потрібно спрямовувати до спеціалізованого закладу — психіатр сам приїде до пацієнта.

Стаціонарну ж психіатричну допомогу населенню госпітального округу можуть надавати або психіатричне відділення в структурі багатoproфільної лікарні, або міжгоспітальна психіатрична лікарня.

Третя модель представлена міжгоспітальним спеціалізованим центром психічного здоров'я, що обслуговує населення двох або трьох госпітальних округів. У складі такого центру має бути створено психіатричну лікарню (ліжковий фонд залежить від кількості обслуговуваного населення) з диспансерним відділенням (яке є її структурним підрозділом), денним стаціонаром, виїзними спільнотними бригадами охорони психічного здоров'я (їх кількість, як і число ставок дільничних психіатрів та наркологів, розраховується за вже згаданими нормативами).

Згідно з європейськими підходами на 300 тис. населення (що передбачається в рамках госпітального округу) має бути 120-180 стаціонарних психіатричних ліжок. Нині в Україні цей показник вищий: у середньому 258 ліжок на 300 тис. населення (у деяких регіонах більше, в інших — менше). Але перш ніж скорочувати ліжка, потрібно добре подумати, які саме — загальнопсихіатричні, наркологічні, психоневрологічні, психотуберкульозні, дитячі, для примусових заходів медичного характеру, судово-психіатричні, інфекційні тощо. Кожен регіон має вирішити це питання з урахуванням власних потреб і фінансових можливостей. Однак показники мають бути такими, щоб забезпечити надання якісної допомоги.

Ми вивчали досвід Литви. Там центри психічного здоров'я фінансують тільки тоді, коли в них працюють усі передбачені нормативами фахівці (лікар-психіатр, психолог, соціальний працівник, медсестра). У разі відсутності хоча б одного з них, кошти центру не виділять! Тому що він не в змозі надавати якісну медичну допомогу «неповним складом». В Україні ж можуть профінансувати й 1 чи 2 психіатрів на 300 тис. населення, а який від того ефект, нікого не цікавить. Це все одно, що викинути гроші на вітер. Щодо кількості фахівців, які забезпечуватимуть надання психіатричної допомоги, середні нормативи також затверджує МОЗ, але рішеннями на місцях їх можна варіювати. Утім, про скорочення спеціалістів служби не йдеться, адже їх і без того не вистачає. Тож після скорочення ліжок можна вдатися хіба що до перепрофілювання кадрів у межах галузі. Наприклад, зі стаціонару — у спільнотні бригади, амбулаторну ланку тощо. За кордоном лікар-психіатр працює і в стаціонарі, і в амбулаторії, і консультує в будинку-інтернаті. Це радянська психіатрія закріпила усталені місця роботи, і то не було правильним рішенням.

Різні рівні надання психоневрологічної допомоги не мають дублювати один одного. Особливо це стосується закладів вторинного та третинного рівня. Якщо вони фінансуватимуться з єдиного джерела (обласний бюджет), потрібно чітко розмежувати їх функції, щоб ресурси використовувалися раціонально.

Зокрема надання психіатричної допомоги на третинному рівні забезпечуватимуть високоспеціалізовані психіатричні відділення, консультативно-діагностичні центри науково-дослідних інститутів НАМН та МОЗ України, університетські клініки, а також багатoproфільні заклади системи охорони здоров'я. Вони надаватимуть консультативну і стаціонарну допомогу лише в складних діагностичних випадках, розроблятимуть й вивчатимуть нові методи лікування та реабілітації, впроваджуватимуть нові технології. Такі заклади повинні мати найсучасніше обладнання та висококваліфікованих фахівців (категорія лікаря — не нижче першої).

Кожен має займатися своєю справою, головне, щоб усі нововведення були на користь пацієнта. Бо маємо прикрий досвід. З одного боку, медичні реформи начебто ще не торкнулися спеціалізованих служб, особливо психіатричної, а з іншого – ми вже відчули їх наслідки і не завжди позитивні. Зокрема під час реформування охорони здоров'я в пілотних регіонах кошти на пільгове забезпечення ліками пацієнтів з вадами психічного здоров'я були передані на первинну ланку. Тож дільничний психіатр не міг виписати пільгового рецепта своєму хворому, і той змушений був іти до сімейного лікаря, який взагалі нічого не знав про цього пацієнта. Тому сімейні лікарі робили запити до психіатричної служби з проханням надати потрібну інформацію. Натомість психіатри не мають права розголошувати відомості про пацієнта без його згоди (ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу»). Щоб вийти із глухого кута, довелося відмінити наказ про передачу фінансування пільгової категорії пацієнтів із психічними розладами центрам ПМСД, а кошти рішеннями районних і міських рад повернути на другий рівень – до лікарів-психіатрів. Адже непродумана методика порушувала право хворих на конфіденційність, а також призводила до необґрунтованого збільшення кількості звернень для отримання ліків і погіршення забезпечення лікарськими препаратами в цілому. Частина пацієнтів взагалі відмовилася від такого «маршруту», перервавши курси лікування. Як бачимо, реформували сімейну медицину, а зачепили психіатрію. І цього не оминати. Адже сімейний лікар так чи інакше лікуватиме хворого з психічними розладами, наприклад, від гіпертонії, цукрового діабету тощо, і має враховувати його психічний статус, щоб правильно підібрати ліки, не спровокувавши загострення стану внаслідок їх поєднання. Тож дозвіл на обмін інформацією між психіатром і сімейним лікарем має бути прописаний у нормативних актах — на сьогодні це вважається розголошенням таємниці діагнозу, якщо діяти без дозволу пацієнта.

Потребує модернізації модель психіатричної служби в руслі зміни підготовки кадрів. Адже чинні курси підвищення кваліфікації лікарів (раз на 5 років) – це формальність. Багато фахівців з районів навіть не приїждять на них. Потрібно стимулювати лікарів до підвищення рівня знань і водночас удосконалювати систему освіти. Наприклад, у Європі лікарем-психіатром можна стати лише після 3 років освоєння фаху «Сімейний лікар» і ще одного року – фаху «Невролог». В Україні ж випускник медуніверситету працює психіатром уже через 1,5 року після отримання диплома. До того ж, наші освітні програми не відповідають світовим зразкам. Фахівці повинні підвищувати освітній рівень завдяки участі у наукових конференціях, на курсах тематичного удосконалення за різними «вузькими» напрямками психіатрії.

Професіоналізація медичних кадрів на нашу думку повинна проходити за наступними напрямками:

1. Робота в галузі охорони материнства і дитинства.
2. Галузь експериментальної медицини (допомога людям, які потрапили у стихійні катастрофи та ін.).
3. Служби, пов'язані з наданням медичної допомоги в лікарнях людям з соматичними захворюваннями.
4. Робота медичних психологів в онкологічних, психоневрологічних диспансерах.

Найбільш актуальними і перспективними завданнями розвитку медичної психології і медичної психологічної служби В.В.Гульдан і Ю.В.Назаренко [19] називають такі:

1. Створення дитячої і підліткової медико-психологічної служби, бо медичні психологи беруть участь у диспансеризації дітей і підлітків для своєчасного виявлення і корекції затримок і порушень психічного розвитку.
2. Розвиток позалікарняної медико-психологічної допомоги, завданням якої є виявлення і психологічна корекція психосоматичної і



соматопсихологічної патології, нервово-психічних розладів, передхворобливих станів, які вимагають медико-психологічної допомоги.

3. Створення служби медико-психологічної реабілітації хворих з соматичною, неврологічною і нервово-психічною патологією. В цих службах медичні психологи розв'язують такі завдання: нейропсихологічна і патопсихологічна діагностика порушених психічних і мозкових функцій, втрачених певних особистісних якостей та їх відновлення; діагностика охоронних сторін особистості з метою їх активізації в процесі відновлювального лікування; діагностика і психокорекція функціональних розладів, участь у розв'язанні завдань трудової експертизи.

4. Створення служб екстреної медико-психологічної допомоги для надання термінової професійної допомоги людям, які постраждали в технологічних катастрофах, аваріях на транспорті або на виробництві, при спробі самогубства, від кримінальних посягань або стали жертвами соціальних конфліктів. Експрес-діагностика реактивних станів у потерпілих — найперше завдання медичного психолога, пов'язане з попередженням паніки у людей, які потребують термінової медико-психологічної і психіатричної допомоги.

## **Висновки до розділу 2**

Результати проведеного дослідження в другому розділі дали змогу зробити наступні висновки про якість кадрового забезпечення медичного закладу.

1. Оцінювання якості кадрового забезпечення повинно стати складовою оцінювання якості надання медичних послуг, яка повинна здійснюватися за критеріями: професійності, доступності, обслуговування, комунікативного забезпечення, престижності лікарняного закладу, відповідності міжнародним акредитаційним стандартам.

2. Для вдосконалення організації кадрового забезпечення медичних закладів пропонуємо три організаційні моделі надання спеціалізованої

психіатричної допомоги. Перша має бути представлена спеціалізованим медичним центром психічного здоров'я. Друга організаційна модель охоплюватиме диспансерні відділення, денний стаціонар. Третя модель має бути представлена міжгоспітальним спеціалізованим центром психічного здоров'я, що обслуговує населення.

3. Потребує модернізації модель психіатричної служби в руслі зміни підготовки кадрів. Потрібно стимулювати лікарів до підвищення рівня знань і водночас удосконалювати систему освіти, запроваджувати європейську практику роботи лікаря-психіатра (після 3 років освоєння фаху «Сімейний лікар» і ще одного року – фаху «Невролог»). Фахівці повинні підвищувати освітній рівень завдяки участі у наукових конференціях, на курсах тематичного удосконалення за різними «вузькими» напрямками психіатрії.

4. Адміністративне керівництво досліджуваного медичного закладу повинно запровадити моніторинг якості надання медичної допомоги за такими складовими: структура, процес та результати медичної допомоги; організація надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень; відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників закладів охорони здоров'я; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги; забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги.

5. Результати надання медичних послуг в досліджуваній установі показало: що в 2016 році було проведено 10 тромболітичних втручань. В 2016 році 66% (157) всіх втручань проведено в 8 базових закладах, куди входить і досліджувана лікарня; 21 пацієнт з субарахноїдальним крововиливом скерований на лікування в Київський інститут нейрохірургії; охоплено державною програмою медичної допомоги 61 хворий. Відділенням функціональної діагностики в порівнянні з 2015 роком у 2016 році обсяг обстежень збільшився на 19% і досяг 64891 випадків. За 2016 рік працівниками лабораторії проведено 419976 досліджень, що на 3,5% менше, ніж у попередньому році.

## РОЗДІЛ 3

### ВДОСКОНАЛЕННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

#### **3.1. Запровадження інституту сімейної медицини як інструменту модернізації психіатричної служби**

Стратегія поліпшення забезпечення кадрового потенціалу охорони психічного здоров'я має здійснюватися за такими напрямками:

- поетапне збільшення державних асигнувань на охорону здоров'я та їх ефективне використання;
- підвищення якості медичних послуг, переорієнтація охорони здоров'я на попередження захворювань;
- забезпечення пріоритетного розвитку первинної допомоги, створення єдиного медичного простору, введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- забезпечення доступності медичного обслуговування для соціально незахищених верств населення шляхом затвердження гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги;
- подальше вдосконалення правової бази охорони психічного здоров'я, приведення її у відповідність до міжнародного права тощо.

Розбудову системи охорони психічного здоров'я потрібно розпочинати із сімейної медицини. У США та Європі за пацієнтом із психічними розладами на первинному рівні спостерігає сімейний лікар. І лише в разі загострення стану хворого він направляє його у спеціалізовану клініку або госпіталь. Той, хто займатиметься реформою вітчизняної психіатричної служби, повинен розуміти, що ми маємо відійти від негативних традицій радянської психіатрії, запозичивши кращий світовий досвід. Зокрема, потрібно розвивати вторинний рівень надання психіатричної допомоги, тобто головна ланка в медичній практиці – амбулаторна.

Для цього в поліклініках необхідно створювати медичні групи (сімейний лікар, психіатр, психолог, соціальний працівник), однак без відповідної законодавчої бази зробити це неможливо. Хворі із тяжкими розладами психіки (маніакально-депресивним психозом, шизофренією тощо) потребують періодичного лікування в стаціонарі, але ж вони не мають перебувати там місяцями або й роками, як зараз. Це призводить до хронізації хвороби і розвитку так званого явища госпіталізму, коли хворий звикає жити в лікарні, у хворобі й надалі не може інтегруватися в суспільство. Тому майбутнє психіатрії – за амбулаторною, поліклінічною допомогою. Тут же має обліковуватися робота лікарів, як, наприклад, у США, де вони отримують зарплату із тих коштів, котрі пацієнт витрачає в системі охорони здоров'я.

Один зі шляхів вирішення проблеми реформування психіатричної служби – створення мережі приватних клінік. Щоб цей напрям був успішним, потрібно ретельно вивчити ринок медичних послуг і нарешті впровадити страхову медицину. Реформи в психіатрії мають сприяти підвищенню якості життя таких пацієнтів. Це набуває особливої актуальності через нинішні події на Сході країни. АТО породжує проблеми, котрі доведеться вирішувати впродовж кількох наступних поколінь.

За умови нинішнього мізерного фінансування вітчизняної медицини «переливання» коштів з однієї моделі в іншу не призведе до кардинальних змін. І це вже підтвердив експеримент з пілотним реформуванням у чотирьох областях України. Тому не варто повторювати старі помилки, імітуючи зміни в психіатрії. Якщо держава хоче лише добряче зекономити, то може піти радикальним шляхом – за прикладом Італії, де стаціонари психіатричного профілю взагалі ліквідували. Однак подібні ідеї антипсихіатрії не сприймуться нашим суспільством. До того ж, вітчизняна психіатрія вимушена виконувати набагато більше функцій, аніж просто виявляти та лікувати пацієнтів (опікуватися хворими, відстоювати їх права, співпрацювати із судовими інстанціями тощо), хоча знову ж таки через

відсутність належного фінансування ці функції не виконуються нею повноцінно.

Психіатрія – затратна галузь, що не забезпечує швидкої віддачі вкладених у неї коштів, як, наприклад, стоматологія. Але й залишити все так, як є, ми не можемо: стара система не працює, пацієнти не захищені, соціум змінюється і вимагає реформ. Тому вважаємо, що на часі запровадження біопсихосоціальної моделі охорони здоров'я, зокрема й психічного. У визначенні терміну «психіатрична допомога» лікування займає незначну частку, однак діяльність вітчизняної психіатричної служби зводиться винятково до цієї функції. Профілактична складова в ній практично відсутня, бо це величезний пласт роботи, паліативна допомога – у стадії зародження, хоспісної служби також немає. Пацієнт, котрий потрапляє на лікування до психіатричного закладу, може перебувати там роками. Про яке повернення в соціум можна говорити, якщо це завдання клінічного та медичного психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, медичних сестер, котрі в нас виконують функцію «доповнення до шприца». Концептуально їх роль у покращенні роботи психіатричної служби взагалі не прописано (на відміну від лікарів усіх рівнів надання медичної допомоги).

Я вважаю, що медична сестра повинна проводити з пацієнтом більше часу, ніж лікар-психіатр чи психотерапевт, а її функції мають зміститися від механічного виконання призначень лікаря до ідеологічно-реабілітаційної ролі. Мені найбільше імпонує швейцарська модель медсестринської служби, що передбачає сестринську діагностику, сестринську терапію, повноцінну участь її в реабілітації пацієнта. Тому без змін ролі медсестри реформи в психіатрії не будуть ефективними.

Також вважаю доцільним розбудову психіатричної служби за принципом госпітальних округів, з акцентом на надання амбулаторної допомоги. Повертаючись до ідеї біопсихосоціальної моделі, зазначу її важливість саме завдяки можливості зміщення роботи служби з лікування на реабілітацію та ресоціалізацію пацієнта. До того ж, сучасна медична наука

досягнула максимального рівня (зокрема в психіатрії) і зупинилася, зайшовши в медикаментозний глухий кут. Кількість пацієнтів з психічними розладами не лише не зменшується, а на тлі додаткових соціальних потрясінь навіть збільшується. Купірувати їх за допомогою ліків не так уже й складно. Основне ж питання – як повернути пацієнта в соціум, допомогти йому реалізуватися в ньому. Тільки багаті держави можуть дозволити собі утримувати хворого, який є тягарем для суспільства, але й вони намагаються зробити все, щоб він «повернувся до лав», принаймні, був корисним соціуму в міру своїх сил. Сучасна психіатрія передбачає зміщення технічних моментів (використання нових препаратів та їх комбінацій) у культурально-ментальний аспект (адаптація пацієнтів із психотичним досвідом до реальності життя).

Водночас сучасна психіатрія – це ще й ефективний контроль за дотриманням стандартів. Як приклад, у галузі психіатрії розроблено кілька протоколів лікування, однак доказова медицина й досі не «дружить» із доказовою практикою. На практиці виконання згаданих протоколів є формальністю. Виходить, що євроінтеграція, котра передбачає обов’язкову стандартизацію медицини, у нас працює тільки на папері. Тобто ми впроваджуємо хороші речі, але системи контролю за їх виконанням не існує. І навряд чи лікар, який щось зробив не так, відповідатиме за це бодай під час отримання кваліфікаційної категорії. Тобто якість реформи є низькою, документи, що є обов’язковими до виконання, ігноруються. Якщо ми хочемо працювати на світовому рівні, потрібно змінювати і мислення, і міру відповідальності, і принципи роботи.

У світі психіатрична служба чітко зміщається в бік амбулаторної допомоги. І в цьому є перспектива: поступово пацієнти психіатричних стаціонарів України також «розчинятимуться» в мережі соматичних закладів. Тому вже зараз потрібно відповідним чином готувати лікарів-інтерністів, передусім сімейних лікарів (а надалі й гінекологів, хірургів тощо) до роботи із хворими психіатричного профілю. Європейський варіант психосоматичних

відділень при потужних загальносоматичних лікарнях економічно вигідний для держави, дестигматизуючий для суспільства. Сучасний арсенал препаратів допомагає досить швидко купірувати психічні розлади, потім таких хворих можна переводити в реабілітаційні центри або психосоматичні відділення, де акцент буде зроблено на психотерапію, а медикаментозне лікування відіграватиме додаткову роль.

У цьому плані вважаю швейцарську модель однією з найкращих: пацієнтів утримують у психіатричних закладах протягом мінімального часу, а потім з ними працюють дистанційно, наприклад, лікар і, особливо, медсестра спілкуються з ними по телефону, відвідують вдома, проводячи патронаж. Нам також потрібно вивчити всі можливості розширення амбулаторних форм роботи. Відтак збільшиться і потреба в клінічних медичних психологах (а не просто психологах). Також дуже важливо посилити їх співпрацю із сімейними лікарями. На сьогодні клінічних медичних психологів недостатньо для розширення амбулаторних форм роботи. Та й попит на них серед роботодавців бюджетної медицини низький. Першими зрозуміли важливість таких фахівців приватні клініки, бо побачили: коли не працювати з емоціями пацієнтів, ступінь їх одужання чи зміни якості життя на тлі однакового лікування значно нижчий.

Ще одне невирішене питання, яке потрібно врахувати в процесі реформування галузі, юридична незахищеність лікаря-психіатра. Закон України «Про психіатричну допомогу» прописаний лише під пацієнта. Це неправильно. Судові позови з приводу діяльності психіатричних закладів і лікарів засвідчили: ніхто не хоче братися за їх захист. Адміністрації лікарень самі намагаються вирішувати подібні питання. Не працюють незалежна експертиза й інститут експертів у судовій системі. Недостатньо дієвим є вплив громадських фахових організацій.

Особливо актуальним у вдосконаленні психіатричної служби є підготовка дитячих психіатрів.

Для вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям необхідно покращити якість надання медичної допомоги дітям з психічними розладами та особливими потребами за місцем проживання, забезпечити інтеграцію спеціалізованої психіатричної допомоги дітям спеціальних дошкільних та шкільних навчальних закладів, реабілітаційних центрів Міністерства освіти й Міністерства соціальної політики. Цей концептуальний підхід відпрацьовано на моделі організації медико-соціальної допомоги дітям з розладами спектру аутизму (РСА), інтелектуальною недостатністю, порушеннями активності та уваги, порушеннями поведінки у пілотних регіонах, зокрема в Донецькій та Дніпропетровській областях.

Другим невід'ємним напрямком покращення порядку надання психіатричної допомоги дітям, згідно з Указом Президента України № 1163/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» від 16 грудня 2011 р. має бути відокремлення психіатричної допомоги дітям від психіатричної допомоги для дорослих, організація психіатричних відділень у структурі багатoproфільних лікарень, перенесення акценту на другому рівні медичної допомоги зі стаціонарної психіатричної допомоги на амбулаторну консультативно-поліклінічну, створення міжрегіональних центрів, що надаватимуть високоспеціалізовану стаціонарну психіатричну допомогу дітям, зокрема з РСА, шизофренією, анорексією, коморбідними залежностями від психоактивних речовин та алкоголю.

Третім важливим напрямком зміни порядку надання психіатричної допомоги дітям має стати прийняття низки заходів щодо недопущення порушення прав дітей при здійсненні психіатричної допомоги, інклюзії дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами в існуючі загальні системи освіти й професійної підготовки, усунення зловживань при наданні психіатричної допомоги дітям в інтернатах Міністерства освіти та науки і Міністерства соціальної політики.

Подальше вдосконалення психоневрологічної служби повинно включати такі блоки:



1. З лікування психічних розладів у стаціонарних закладах акцент має бути перенесений на соціальну реабілітацію та інклюзію дітей з психічними розладами, профілактику зі створенням на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Перед дитячою психіатричною службою України стоїть завдання продовження та поширення динамічної співпраці закладів МОЗ, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту у сфері охорони психічного здоров'я дітей. Результатом міжсекторальної взаємодії має бути створення спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів у рамках реформування системи шкільної медицини, що допоможе зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатиме антисоціальній поведінці, жорстокому поводженню, сприятиме формуванню соціально адаптивних форм поведінки. Також мають бути розроблені програми інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей з психічними розладами в існуючі загальні системи освіти й професійної підготовки, а також програми підготовки вчителів загальним принципам психосоціальної терапії дітей із дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки.

2. Повинен мати місце перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною та долікарняною допомогою: розвиток психіатричної допомоги дітям із психічними розладами й особливими потребами за місцем проживання та постійного перебування, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою, підвищення компетенції сімейних лікарів та педіатрів з питань діагностики психічних розладів і надання психіатричної допомоги дітям. Також систему психіатричної допомоги дітям необхідно відокремити від психіатричної допомоги дорослим з організацією дитячих психіатричних відділень у структурі дитячих багатопрофільних лікарень. Має бути сформована ланка високоспеціалізованої психіатричної допомоги та оптимізована кількість дитячих психіатричних ліжок, виходячи з відсотку

дитячого населення та ефективності використання ліжок. Окрім того, у пріоритеті повинен бути розвиток амбулаторних і напівстаціонарних форм допомоги.

3. Якість психіатричної допомоги дітям має відповідати сучасному рівню розвитку науки. Також необхідний регулярний перегляд медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги у системі МОЗ України для найбільш поширених та соціально значимих розладів психіки й поведінки у дітей: РСА, дитячої шизофренії, гіперкінетичних порушень, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресій, аддикцій. Потрібно вжити заходи для забезпечення доступу дітей із психічними розладами до лікарських засобів, що в установленому порядку зареєстровані на території України, а їхня ефективність ґрунтується на принципах доказової медицини. На додаток, слід забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову.

4. Необхідне підвищення компетентності сімейних лікарів і педіатрів з питань діагностики та терапії психічних розладів у дітей, а також перегляд відповідних навчальних планів та програм підготовки.

### **3.2. Запровадження комплементарного підходу в кадровому забезпеченні медичного закладу**

В кадровому забезпеченні медичних закладів, які надають психоневрологічні медичні послуги важливо інтегрувати комплементарну модель. Тобто важливо налагодити взаємодію фахівців психофізіології, неврології, психіатрії, психології, реабілітології.

Депресії, тяжкі невротичні стани, суїцидальні думки та спроби й ціла низка інших психічних розладів у хворого визначають найважливіші цілі та завдання лікування й систему реабілітаційного процесу, при цьому значно зростає роль психіатра та психотерапевта, оскільки не лише від соматичного,

але й від психічного стану пацієнта залежить активність комплексних реабілітаційних заходів та їхня ефективність.

Психофізіолог може взяти на себе виконання низки реабілітаційних заходів після встановлення діагнозу і призначення лікування профільним спеціалістом. Зокрема, це тренування пам'яті, уваги, мислення тощо, яке здійснюється специфічними психофізіологічними методами. Щоб встановити ефективність лікування і реабілітації хворих, важливо визначити функціональний стан і працездатність людини. Оскільки методи такої оцінки не є специфічними, психофізіолог може взяти активну участь у цьому процесі. Психофізіологія, неврологія і психіатрія не перетинаються у сферах своїх компетенцій, швидше доповнюють одна одну. Відмінності в предметах дослідження забезпечують їх комплементарну взаємодію для вирішення загальних завдань.

Психічні розлади також є супутниками воєнного часу. Здебільшого це зміни особистості, сприйняття, пам'яті, мислення тощо. Зокрема дефект сприйняття проявляється виникненням ілюзій або галюцинацій. Часом трапляється розлад пам'яті – її втрата на недавні події на тлі відносно повного відтворення фактів віддаленого минулого. Такі «зриви» пам'яті поєднуються з недостатньою орієнтацією хворих у навколишній ситуації (реальні події можуть чітко зринати у свідомості хворого або ж вигадливо переплітатися з іншими епізодами, що мали місце раніше). По суті, у таких пацієнтів порушується здатність пов'язати окремі відрізки життя, виникає дезорієнтованість у сьогоденні, відсутня адекватна оцінка навколишнього світу тощо. Порушення здатності до повноцінного відтворення явищ недавнього минулого докорінно впливає на поведінку людини, вона стає безпорадною перед випробуваннями. У разі порушення процесу мислення продукуються маячні умовиводи, що ґрунтуються на неадекватному трактуванні отриманої інформації. Такі стани часто спостерігають у хворих з ураженнями лобових відділів мозку – у них порушується критичність до своїх дій, виконання найпростіших завдань супроводжується безліччю зайвих

метушливих рухів, зазвичай такі люди діють за методом «спроб і помилок». До того ж, вони байдужі до отримання результатів, однак їх пасивна поведінка супроводжується підвищеною реакцією на випадкові подразники. Ще одним порушенням психіки є афективна симптоматика, що формується на завершальному етапі обробки мозком інформації. Вона проявляється манією та депресією, відповідно, значним підвищенням або зниженням настрою (через неадекватну оцінку отриманої інформації). Ослаблення або елімінування подібних порушень – сфера компетенції психіатрії.

Реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності осіб з обмеженими фізичними чи психічними можливостями внаслідок перенесених травм та захворювань. З перших днів ми пересвідчилися: чим ефективніше проведена реабілітація, тим швидше наступав процес відновлення втрачених функцій. Сьогодні ми маємо шукати нових підходів, потрібно вивчати напрацьований досвід тих країн, де війна триває постійно. Нині виникає питання комплексної реабілітації – медичної, фізичної та психологічної. З медичною все було зрозуміло (це використання лікарських засобів та лікувальних властивостей світла, води, електроенергії, тепла, тобто фізіотерапія, всі види масажу, доступні на той час), а от психологічна і фізична реабілітації були для нас новим напрямом у роботі.

Серед усіх демобілізованих військовослужбовців, котрі звернулися до закладів охорони здоров'я, 54% потребують медичної, до 30% фізичної і понад 80% психологічної реабілітації. Так званий посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) відомий у світі, але в нашій країні не було ані фахівців, ані методичних рекомендацій, ані досвіду роботи з такими пацієнтами.

Для цього в обласному психоневрологічному диспансері доцільно створити відділення кризисних станів, або медико-психологічної реабілітації. Кризисні стани – стресові розлади, гострі реакції і стани, розлади

особистості й поведінки внаслідок хвороби, пошкодження і дисфункції головного мозку, невротичні – пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади. Необхідно активно імплементувати дієвий вид психотерапії та психологічної корекції як арт-терапія і фізичної терапії. Ця методика лікування сьогодні вважається одним із найм'якіших, але ефективних методів, що використовуються в роботі психологами і психотерапевтами. Арт-терапія дає можливість швидше виходити із хворобливого стану. Бійці мають можливість виразити свої емоції, думки та ідеї на полотні, додатково реалізуватися, що сприяє їх поверненню у мирне повсякденне життя через мистецтво.

Спеціальність «фізична терапія» існує у 137 країнах світу. Фахівці з фізичної реабілітації є провідними спеціалістами з відновлення, корекції та підтримки рухових функцій. Вони володіють системними знаннями у сфері рухової діяльності людини. Фахівці з фізичної реабілітації обстежують пацієнта з метою виявлення рухових дисфункцій та визначення рухового потенціалу, розробляють і виконують індивідуальний план фізичної реабілітації у співпраці з іншими спеціалістами (лікарями-травматологами, невропатологами).

Аналіз механізмів та чинників погіршення психічного здоров'я у Європейському регіоні дозволив запропонувати модель запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів, яка націлена на раннє втручання, регрес психопатологічних порушень, відновлення соціального функціонування осіб з вадами психічного здоров'я та зменшення соціально-економічного тягара суспільства внаслідок порушень психічного здоров'я.

Основними компонентами цієї моделі є такі положення:

- соціальний градієнт психічних розладів демонструє наявність взаємозв'язку між психічним здоров'ям та умовами життя людини;
- низький рівень психічного благополуччя та низький соціальний статус пов'язані з такими чинниками ризику, як неякісне харчування, тютюнопаління, зловживання алкоголем та насильство;

- неінфекційні хвороби є потужним чинником ризику психічних розладів, а їхня поширеність пов'язана з показником смертності від неінфекційних хвороб;
- для зменшення захворюваності та смертності внаслідок неінфекційних захворювань, а також суїцидів життєво необхідною є доступність ефективної медичної допомоги;
- наявність психічного розладу з високою вірогідністю посилює поведінку високого ризику: тютюнопаління, зловживання алкоголем, неякісне харчування та недостатню фізичну активність. Особа з вадами психічного здоров'я перебуває у зоні значного ризику ожиріння, серцево-судинних та онкологічних захворювань, діабету та суїциду;
- наявність психічних розладів може обумовлювати зменшення доступності, забезпечення та якості послуг у державному та приватному секторах та збільшувати страждання, соціальну ізоляцію, захворюваність та смертність;
- в сучасних умовах існує можливість планування втручань, що запобігають, пом'якшують та навіть повністю змінюють такі травмуючі та небажані наслідки.

У теперішній час в більшості країн світу ефективність та доцільність продемонструвала соціально-орієнтована психіатрична допомога, основним принципом якої є опора на соціум, на оточення пацієнта. Соціально-орієнтовану психіатричну допомогу світова психіатрична спільнота визначає пріоритетною, порівняно з системою тривалого утримання та догляду в спеціалізованих психіатричних закладах. Реформа галузі, спрямована на розвиток соціально-орієнтованої психіатричної допомоги, включає її децентралізацію, дестигматизацію, максимальне використання можливостей амбулаторної та позалікарняної допомоги, інтеграцію у первинну ланку медичної допомоги [26]. Така психіатрична служба відтворена у більшості розвинутих країн світу. Рух у цьому напрямку передбачає зміщення акцентів зі стаціонарної допомоги на амбулаторну, використання позалікарняних

форм допомоги (денних стаціонарів, бригад підтримки у суспільстві, стаціонарів на дому, психіатричного патронажу), організацію допомоги у місцях самостійного проживання пацієнтів (гуртожитках) та створення психіатричних відділень у багатoproфільних лікарнях [69]. Така структурна організація психіатричної допомоги забезпечує наближення допомоги до населення, її інтеграцію у загальносоматичну мережу, виконує важливу функцію дестигматизації допомоги.

Модернізація професійної підготовки у сфері психічного здоров'я потребує не тільки оновлення навчальних програм, а й вдосконалення критеріїв їхньої оцінки, сертифікації, чітких процедур підготовки фахівців для надання послуг, що орієнтовані на суспільство. Важливою складовою цього розділу є кадрове забезпечення служб психічного здоров'я, наявність достатньої кількості фахівців, які підготовлені у відповідності до сучасних вимог та стандартів. Кадрове забезпечення роботи у сфері психічного здоров'я базується на концепції мультидисциплінарного підходу, що обумовлено мультифакторним генезом психічних розладів з провідною роллю у цьому процесі біологічних, психологічних та соціальних чинників [80]. Мультидисциплінарна бригада (МБ) – група фахівців медичного закладу, які взаємодіють з метою надання амбулаторної або стаціонарної психіатричної допомоги, на базі принципів біопсихосоціальної моделі [80]. У психіатричних закладах до складу МБ залучаються лікар-психіатр (лікар-психіатр дільничний), лікар-психотерапевт, лікар-психолог, практичний психолог, психолог, сестра медична, соціальний робітник. При необхідності склад МБ може бути розширений за рахунок лікарів інших спеціальностей (лікаря-сексопатолога, лікаря-нарколога, лікаря-невролога), юриста, логопеда, інструктора з праці та інших. Необхідно наголосити, що діяльність МБ не сумарним результатом роботи її окремих членів, а є наслідком колективної взаємодії, в основу якої покладений ефект синергії.

Професійна підготовка фахівців у сфері психічного здоров'я повинна остаточно визначити біопсихосоціальну модель надання психіатричної

допомоги як провідну концепцію, яка передбачає здійснення усіх діагностичних, терапевтичних, реабілітаційних заходів у відповідності до основних етіопатогенетичних чинників розвитку психічних розладів: біологічного, психологічного та соціального. Психіатрична допомога, яка надається за біопсихосоціальною моделлю, має трьохвекторну спрямованість, з урахуванням клініко-психопатологічного, особистісно-психологічного та соціально-психологічного стану особи [26]. Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби свідчить про можливість мультидисциплінарного підходу до її надання. На кінець 2015 року у службі працювали 3 953 лікаря-психіатра, 319 лікарів-психотерапевтів, 201 лікар-психолог, 457 практичних психологів, 13 010 медичних сестер, 304 медичні сестри соціальної допомоги. Разом з цим необхідно наголосити, що більшість зазначених посад лишаються не повністю зайнятими фізичними особами фахівців, тобто недоукомплектованими. Показник укомплектованості посад лікарів-психіатрів складає 78,0 %, лікарів-психотерапевтів — 65,4 %, лікарів-психологів — 77,4 %, медичних сестер — 91,6 %, медичних сестер соціальної допомоги — 77,7 % [26]. Серед усіх проблем недостатнього кадрового забезпечення психіатричної служби найгострішою в сучасних умовах є залучення лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, практичних психологів для забезпечення медико-психологічної допомоги населенню України. Екстремальні події останнього часу, включаючи не оголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випробуванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу. Численні верстви населення України (зокрема, вимушені переселенці, учасники АТО та їхні рідні та ін.) потребують зараз системної спеціалізованої медико-психологічної допомоги, можливості надання якої на теперішній час не відповідають реальним потребам. Саме медична психологія є підґрунтям у розвитку соціально-скерованого напрямку реформи охорони психічного здоров'я та повинна відігравати провідну роль в удосконаленні всієї системи надання медичної допомоги населенню.



Першочерговими питаннями цього напрямку є вивчення впливу соціальних стресів на психічне здоров'я, розроблення методів підвищення стресостійкості населення і запобігання психічним стресовим розладам; створення дієвої мережі для лікування психогенних розладів та психосоматичних захворювань, упорядкування системи психологічного консультування здорового населення та концепції діючої медико-психологічної підтримки населення. Тобто, ефективне впровадження мультидисциплінарного підходу у сфері психічного здоров'я потребує кадрового підкріплення, перш за все, медико-психологічного напрямку, що доцільно здійснювати за рахунок широкого залучення не тільки психологів з медичною, а й гуманітарною та педагогічною освітою.

### **3.3. Професіоналізація кадрового складу медичної установи**

Професіоналізація – це цілісний безперервний процес становлення особистості фахівця, який починається з моменту вибору майбутньої професії та завершується, коли особистість припиняє активну трудову діяльність.

Лікарі повинні бути новаторами в роботі, гнучкими щодо змінюваних вимог, винахідливими, здатними до поширення знань та принципів хорошої практики за допомогою зовнішньої оцінки та аудиту, здатними адаптуватися до постійно змінюваних потреб системи охорони здоров'я та очікувань пацієнтів, здатними реалізувати творчий підхід до роботи, впевненими в собі та своїй діяльності завдяки знанням менеджера і чудовим діловим якостям, відповідальними та підзвітними в своїй діяльності аудиторним та професійним органам.

У забезпеченні безперервності та якості медичної освіти і підвищення кваліфікації медичних працівників заінтересовані державні інститути, заклади охорони здоров'я, об'єднання медичних працівників, неурядові організації, що діють у сфері охорони здоров'я, а також широка

громадськість. Заходи у цій галузі мають стати частиною програми діяльності кожного медичного закладу, оскільки наразі є потреби і передумови для реалізації концепції безперервного професійного розвитку суб'єктами не лише освітньої, а й медичної практики. Система підготовки фахівців для охорони здоров'я базується на принципах єдиної безперервної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців, управлінні якістю їх підготовки, дистанційній освіті, органічному поєднанні клінічної, теоретичної і психологічної підготовки медичного персоналу в університетських клініках до професійної діяльності. Основою системи є створена навчально-професійно-виробнича вертикаль підготовки фахівців, в якій поєднується набуття певного освітнього рівня та отримання професійної кваліфікації (медична сестра, фельдшер, лікар, лікар-психолог, лікар-стоматолог), їхня постійна сертифікація та безперервний розвиток впродовж усього професійного життя. Система забезпечує відтворення і досягнення високої якості підготовки медичних кадрів, що є необхідною передумовою надання якісної медичної допомоги населенню.

Безперервний професійний розвиток буде ефективним, якщо він наповнений конкретним змістом і орієнтований на пацієнтів, стимулює активність фахівця, не протидіє отриманню позитивних результатів у повсякденній професійній діяльності, є складовою плану, що застосовується з метою підвищення якості лікувально-профілактичної чи діагностичної практики загалом, спрямований на розвиток колективних форм організації праці.

Лікар, який оволодів професійно-орієнтованою діяльністю і відповідною до неї системою знань на етапі отримання вищої освіти, повинен самостійно навчатися із оптимальним поєднанням навчальної, професійно-практичної і наукової діяльності в умовах безперервної освіти. Самостійна робота лікарів є настільки важливою ланкою професійного становлення, що потребує значного розширення у процесі підготовки спеціаліста в сучасних умовах безперервного фахового розвитку. Безперервний фаховий розвиток є

професійним обов'язком кожного лікаря. Безперервний фаховий розвиток лікаря щільно пов'язаний з посиленням їх професійної мотивації. Мотивація – загальне широке поняття, під яким розуміють спрямованість активності. Мотивація до навчання, являючи собою особливий вид мотивації, характеризується складною структурою, однією із форм якої є структура внутрішньої (орієнтованої на процес і результат) і зовнішньої мотивації. Тобто треба мотивувати лікаря до підвищення професійної освіти шляхом безперервного фахового розвитку. До форм безперервного професійного розвитку лікарів на сьогодні віднесено курси тематичного вдосконалення, передатестаційні цикли, навчання в клінічній ординатурі, аспірантурі, розробки з раціоналізаторства та винахідництва, виступи з тематичними лекціями, керівництво групами лікарів-інтернів, написання монографій, підручників, посібників.

Важливу роль у професійній освіті лікарів має впровадження в освітньо-інтеграційний процес європейських освітніх та медичних стандартів та підвищення інтелектуального, науково-освітнього, професійно-орієнтованого рівня лікарів в системі післядипломної освіти, забезпечення їх сучасними, більш ефективними інноваційними та інформаційними медичними технологіями.

Створення мережі університетських лікарень значно поліпшує якість надання спеціалізованої, високоспеціалізованої медичної допомоги населенню, клінічну підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації лікарів-спеціалістів, підвищує ефективність науково-дослідних робіт і забезпечує їх впровадження в практику охорони здоров'я, забезпечує належний рівень професіоналізації медичних кадрів.

Ефективна кадрова політика в галузі охорони здоров'я – важливий інструмент сучасної системи охорони здоров'я, оскільки якість та доступність надання медичної допомоги населенню країни залежать від забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та від їхнього професійного рівня.

Рівень професійної підготовки працівників медичних установ визначає більшу складову якісно наданих медичних послуг населенню.

Встановлення відповідної системи оцінки результатів професійної діяльності, де оцінка не науковий інструмент комплексного підходу, а насамперед інструмент управління, необхідний для моніторингу напрямку змін в системі підвищення кваліфікації лікарів. Наприклад, система, призначена для вимірювання рівня задоволеності пацієнтів або доречності госпіталізацій, навряд чи надасть повністю об'єктивну картину результатів діяльності медичного закладу, але вона виконуватиме своє призначення, якщо зможе достовірно повідомляти про зміни у кількості скарг або недоречних госпіталізацій. На основі результатів оцінки діяльності працівників необхідно розробити дієву систему управління та підвищення рівня професійної підготовки.

Самих оцінок результатів діяльності недостатньо, якщо вони не використовуються для моніторингу та відповідного прийняття рішень щодо управління кадровими ресурсами, а особливо із підходами до оплати праці, атестації та підвищення у посаді.

Побудова системи управління кадровими ресурсами, керування процесами професіоналізації на основі оцінки результатів діяльності є відносно простим з технічної точки зору, однак складним з точки зору політики. Вивчений європейський досвід показує, що таке рішення може створити напруження серед медичних працівників. А тому потрібно поступово впроваджувати надбавки до базової заробітної плати на основі оцінки результатів діяльності тим співробітникам, хто допомагає досягти покращення результатів та позбавляти надбавки тих, хто цього не робить. Наприклад, якщо якість медичної допомоги є важливим пріоритетом системи охорони здоров'я, тоді недостатньо просто регулярно переглядати рівень якості, а також приймати рішення щодо кар'єрного зростання кращих, щодо реалізації зазначеного пріоритету якості, працівників. Якщо дані пріоритети не отримують свого відображення в системі управління кадровими

ресурсами, тоді вони є суто декларативними, та не передбачають отримання необхідних результатів.

Впровадження будь-яких змін у практику управління кадровими ресурсами є об'єктивно складним процесом: у країнах-членах ЄС побудова моделі управління кадровими ресурсами на основі оцінки результатів діяльності потребувала значного часу та зустрілася із значним опором. Зрозуміло, дотримання status quo часто сприймається як менш загрозливе, ніж запропоновані зміни, особливо з точки зору персоналу, який можна умовно віднести до старшого покоління.

Важливим елементом такого підходу є запровадження системи підтримки. В ідеалі така система повинна включати три групи заходів, що збільшують імовірність реалізації змін, а саме: заходи, що сприяють проведенню змін, заходи, що уможливлюють проведення змін, заходи, що ініціюють проведення змін.

Перша група заходів висвітлює можливі переваги, пов'язані із впровадженням змін. Вони вважаються необхідним етапом підготовки перед безпосереднім впровадженням змін та зменшенням можливого опору. Метою заходів першої групи є, насамперед, усвідомлення необхідності змін:

- розповсюдження матеріалів, що висвітлюють національну та світову передову практику;
- проведення конференцій із залученням місцевих та міжнародних експертів;
- навчально-ознайомчі поїздки до інших клінік та закордон, для вивчення передового світового досвіду.

Друга група заходів визначає підвищення рівня якості медичної допомоги шляхом підвищення професійного рівня. Заходами другої групи повинні бути: розробка та проведення курсів навчання для різних груп фахівців; розповсюдження національних клінічних настанов та розробка відповідних медичних стандартів; запровадження електронних систем прийняття клінічних рішень.

Третя група – заходи, що ініціюють професіоналізацію, за визначенням є суттю стратегії управління змінами. Оскільки акцент робиться на управлінні організаційними змінами, заходи третьої групи асоціюються із системами управління кадровими ресурсами. Очевидним початком таких заходів буде впровадження стимулів, заснованих на оцінці результатів діяльності, у процедури прийняття на роботу, системи оплати праці, атестації та просування по службі.

Система управління кадровими ресурсами на основі оцінки результатів діяльності основною метою має підвищення результативності роботи закладу охорони здоров'я вдосконалення підходів до кадрового забезпечення та використання наявних кадрових ресурсів, що ґрунтуються на оцінці результатів діяльності. Варто відмітити, що концепція «оцінки результатів діяльності» охоплює одразу кілька загальних понять (наприклад, якість медичних послуг, доступність, безпеку, рівень задоволення пацієнтів, стан здоров'я населення, тощо). При цьому запроваджуються ефективні механізми відповідальності та звітності, які б гарантували виконання визначених пріоритетів відповідно до показників результативності діяльності.

Важливою складовою професіоналізації кадрового складу медичного закладу є відповідність працівників кваліфікаційним вимогам та дотримання ними посадових інструкцій. Посадові інструкції повинні визначати мінімальні вимоги до співробітника, який претендує на певну посаду, та повинні бути у наявності до того, як він/вона приступає до виконання своїх безпосередніх обов'язків. Керівництво медичних закладів має значну свободу у визначенні посадових інструкцій для вакантних посад. Зважаючи на те, що і ті, і інші надмірно деталізовані, така свобода на практиці рідко застосовується. Окрім того, існуюча організаційна система значну увагу приділяє встановленню формальних та однорідних вимог, які регулюють ресурси, а не планують адаптацію до місцевих потреб та організаційних стратегій.

Результати діяльності медичних закладів можна також постійно покращувати за рахунок оцінки результатів їх діяльності. При цьому необхідно враховувати фактичні результати а не оцінку ресурсів, процедур та стандартів. Оцінка діяльності здійснюється за досягнутим кінцевим результатом діяльності. Досягнуті результати за певний проміжок часу порівнюються з моделями кінцевих результатів (МКР) (див. додаток Б) , в основу яких входять узагальнені якісні показники, що характеризують діяльність відділень лікарні. З цією метою використовуються дві групи показників:

1) показники результативності (ПР) – робота ліжка, середній ліжко-день і т.д.;

2) показники дефектів діяльності (ПД) – кількість обґрунтованих скарг, кількість випадків незадоволеності лікуванням (за даними анкетування), ускладнення в перебігу хвороби тощо.

Показники результативності відображають для кожного відділення ступінь досягнення поставлених перед ним завдань і виконання ним головних функцій. Відхилення від нормативних показників дозволяє оцінити досягнутий результат у відносних величинах: знак + (плюс) означає, що показник більший за норматив, збільшує оцінку; знак – (мінус) означає, що показник менший за норматив, зменшує оцінку. Показники дефектів діяльності нормативних значень не мають, тому їх значення повинні дорівнювати нулю.

На сьогодні існує лише єдина процедура оцінки результатів діяльності працівників медичних закладів, це атестація. Це обов'язковий процес, що проходиться медичними працівниками на періодичній основі.

Загалом, вона представляє самооцінку особи, яка особисто зацікавлена в отриманні оцінки. Потім результати переглядаються безпосереднім керівництвом (завідувачем відділення) та керівництвом закладу. Атестація – це інструмент отримання «категорії», тобто, підвищення професійного статусу та зарплатні: спеціаліст (без категорії), друга категорія, перша

категорія та вища категорія. Процес атестування та відповідні підвищення базуються переважно на трудовому стажі та безперервній медичній освіті. Зокрема, це включає в себе здатність продемонструвати проходження новітніх програм перепідготовки за спеціальністю кандидата (двотижневі 78-годинні курси «підвищення кваліфікації» чи чотиритижневі 156-годинні «доатестаційні» програми). Знову ж таки, основний акцент робиться не на продемонстрований професіоналізм та результати і необхідність сформувати нові вміння, а на підтвердження базового рівня доступу до виконання професійних обов'язків. Загалом суб'єктивна роль, що виконується керівниками, в аналізі самотійної оцінки, несе під собою ризик того, що процес атестації перетворюється на заохочення особистої відданості та прихильності до спільних цінностей (у рамках збереження «ручного управління»), а не покращення результатів діяльності.

Важливою умовою підвищення результативності роботи медичних закладів та професіоналізації їх працівників є широке залучення до обговорення претендентів на посади в лікарських асоціаціях, наглядовій раді, громадських професійних організаціях з наступною реальною оцінкою відповідності їх тим вимогам, які ставить керівництво лікувальної установи.

Однією із дієвих умов зростання рівня професійної підготовки працівників медичних закладів є заробітна платня. Для підвищення мотивації професійного рівня необхідно запровадити розподіл виплат співробітнику на базову заробітну плату, коригуючі коефіцієнти до базової заробітної плати та надбавки на основі оцінки результатів діяльності (і такими результатами не можуть вважатися кількість візитів або кількість пролікованих пацієнтів, а лише результати лікування).

Виклик полягає в тому, щоб запровадити систему для досягнення найвищого можливого рівня результативності діяльності медичного закладу. Зважаючи на це, слід визнати, що надзвичайно великої ваги набуває ефективна співпраця медичних працівників в рамках багатопрофільної команди. Водночас, такі показники значно простіше виміряти, ніж



персональну результативність роботи; як наслідок, в системах оплати праці слід звертати значно більше уваги на оцінку командної роботи.

Разом з оплатою праці кар'єрне зростання є мотивацію забезпечення належних результатів діяльності. В контексті кар'єрного зростання та доступу до керівних посад слід також згадати про існування так званого резерву, який в медичних закладах формується у вигляді групи підготовлених працівників, які б могли обіймати керівні посади.

Важливим для організації ефективної роботи медичного закладу є підготовка високопрофесійних управлінських кадрів. Досвід країн ЄС показує, що для підвищення результативності і рентабельності системи охорони здоров'я, необхідний вищий рівень управлінської автономії для постачальників медичних послуг, разом з більш осмисленими механізмами звітності, націленими на результат. В закладах з інтенсивним режимом роботи успіху можна досягти лише тоді, якщо персонал розуміє обґрунтування та наслідки своєї діяльності, та володіє компетенціями, необхідними для взаємодії в рамках нових моделей. Це стосується, як змін для інституційного становлення нових постачальників медичних послуг так і змін в організаційних моделях (наприклад, запровадження розширених повноважень та вдосконалених механізмів звітності для вищого керівництва). Іншими словами, сьогодні ставить перед сектором охорони здоров'я України вимоги про потребу в більш сучасних спеціалізованих управлінських навиках, що пов'язані з потребою збалансовувати бюджет закладу(на противагу традиційному постатейному бюджету), мотивувати персонал в системі (що дозволить додати універсальності моделям оплати праці), вести переговори по контрактах з замовниками медичних послуг, розвивати партнерство з приватними інвесторами і таке інше. Якщо в минулому, досвіду роботи за медичною спеціальністю та спеціалізації з «Організації та управління охороною здоров'я» було цілком достатньо для того, щоб керувати медичним закладом, то зараз компетенція в таких сферах, як формулювання і запровадження стратегії, бухгалтерія та фінанси,

лідерство, маркетинг та управління кадрами може виявитись недостатньою. Для того, щоб провести необхідні зміни, слід розробити план розвитку потенціалу кадрів особливо у випадку, коли від запропонованих змін очікують довгострокових наслідків.

Необхідно відмітити, що зміни не можна обмежувати виключно навчанням. Процес навчання формує у слухачів нові вміння, проте, щоб така діяльність впливала на функціонування системи охорони здоров'я, слід розробити та впровадити зміни до систем, структуру, та стратегію, в рамках яких слухачі могли користуватись сформованими вміннями, а також (що більш важливо) слід запровадити систему мотивації для сприяння використанню подібних вмінь. Несвоєчасність (наприклад, тривала затримка між підготовкою та реальним запровадженням змін) чи відсутність зв'язків в змістовній частині (наприклад, акцент на вміннях, які відрізняються від тих, що можуть знадобитись за нових умов) можуть мати негативний вплив на результативність заходів спрямованих на розвиток потенціалу.

Вся система освіти, підготовки та розвитку медичного персоналу планується та контролюється на національному рівні через існуючу систему післядипломної освіти. Забезпечення безперервного професійного розвитку медичних працівників слід поєднати з реальними потребами фахівців. Головним лікарям і керівникам медичних закладів необхідно створювати умови для підвищення професійного розвитку у закладах охорони здоров'я національного чи міжнародного рівня. Також важливе значення має наявність кадрів відповідно до вимог, пов'язаних з рівнем захворюваності в тому чи іншому регіоні. В ідеальному світі кадрова політика мала б базуватись на потребах конкретних груп населення.

Забезпечення мотивації може виявитись панацеєю для підвищення професійного рівня медичних працівників, але очікуваних результатів в даному випадку можна й не досягти. Необхідне проведення оцінки результатів діяльності.

Утримання кадрових ресурсів в сільській місцевості вимагає нових шляхів пошуку і утримання медичних працівників, особливо в умовах, які не можна вважати привабливими. Мотивація може приймати різні форми: високий рівень оплати праці, поєднання зарплатні та ефективності роботи, кращі умови проживання, ресурси та можливість для безперервного професійного розвитку.

### **Висновки до розділу 3**

Результати проведених досліджень дозволили зробити наступні висновки та пропозиції.

1. Безперервний професійний розвиток медичних працівників буде ефективним, якщо він буде орієнтований на пацієнтів, стимулюватиме професійну активність фахівця, сприятиме підвищенню якості лікувально-профілактичної чи діагностичної практики загалом, забезпечуватиме розвиток колективних форм організації праці. До форм безперервного професійного розвитку лікарів слід віднести: курси тематичного вдосконалення, передатестаційні цикли, навчання в клінічній ординатурі, аспірантурі, розробки з раціоналізаторства та винахідництва, виступи з тематичними лекціями, керівництво групами лікарів-інтернів, написання монографій, підручників, посібників, відповідність працівників кваліфікаційним вимогам та дотримання ними посадових інструкцій.

2. Система управління кадровими ресурсами медичних закладів повинна базуватися на оцінці результатів діяльності. Її основною метою має бути підвищення результативності роботи закладу охорони здоров'я, вдосконалення підходів до кадрового забезпечення та використання наявних кадрових ресурсів. Концепція «оцінки результатів діяльності» охоплює якість медичних послуг, доступність, безпеку, рівень задоволення пацієнтів, стан здоров'я населення. При цьому запроваджуються ефективні механізми

відповідальності та звітності, які б гарантували виконання визначених пріоритетів відповідно до показників результативності діяльності.

3. Модернізація професійної підготовки у сфері психічного здоров'я потребує не тільки оновлення навчальних програм, а й вдосконалення критеріїв їхньої оцінки, сертифікації, чітких процедур підготовки фахівців для надання послуг, що орієнтовані на суспільство. Важливою складовою цього розділу є кадрове забезпечення служб психічного здоров'я, наявність достатньої кількості фахівців, які підготовлені у відповідності до сучасних вимог та стандартів. Кадрове забезпечення роботи у сфері психічного здоров'я має базуватися на концепції мультидисциплінарного підходу, що обумовлено мультифакторним генезом психічних розладів з провідною роллю у цьому процесі біологічних, психологічних та соціальних чинників.

4. Доцільним є і запровадження біопсихосоціальної моделі охорони здоров'я, зокрема й психічного. Концептуально має помінятися роль сестринського персоналу в кадровому забезпеченні медичного зкладу. Медична сестра повинна проводити з пацієнтом більше часу, ніж лікар-психіатр чи психотерапевт, а її функції мають зміститися від механічного виконання призначень лікаря до ідеологічно-реабілітаційної ролі. Важливо імплементувати швейцарську модель медсестринської служби, що передбачає сестринську діагностику, сестринську терапію, повноцінну участь її в реабілітації пацієнта. Тому без змін ролі медсестри реформи в психіатрії не будуть ефективними. Також вважаю доцільним розбудову психіатричної служби за принципом госпітальних округів, з акцентом на надання амбулаторної допомоги.

## ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження дали змогу зробити низку висновків та пропозицій в сфері механізмів розвитку кадрового забезпечення медичних закладів.

1. Психофізіологія, неврологія, психіатрія – три важливі складові сучасної Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні напряму в збереженні здоров'я населення. Їх інтеграція набуває особливої актуальності в умовах українських реалій. Нинішній стан психічного здоров'я населення викликає занепокоєння. Його погіршення спричинене ускладненням життя і діяльності людей, підвищеними вимогами до їх психофізіологічних можливостей, які й надалі зростатимуть. Окрім того, згадані проблеми загострюються через події на Сході України. Особливо це стосується військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, що пов'язано з пораненнями, фізичним та психічним виснаженням, формуванням у них ознак гострого і хронічного стресу тощо. З огляду на це потрібна розробка та застосування численних профілактичних і лікувальних заходів й чітке визначення переліку найважливіших завдань, що стоять перед медичною громадськістю.

2. Ресурсне забезпечення медичних установ включає в себе кадрове, матеріально-технічне, інформаційне, фінансове, комунікативне забезпечення, управлінський ресурс, а оцінювання даного процесу слід проводити в розрізі: якісного складу кадрового забезпечення медичного, немедичного та управлінського профілю; структури інформаційного забезпечення з відповідними дослідження інформаційних процесів, нових інформаційних технологій медицини; джерел фінансування системи надання медичних послуг; переліку базових медичних послуг, що надаються в рамках системи державного медичного страхування; структури касових та фактичних видатків медичних установ; аналізу динаміки державних асигнувань та підвищення ефективності їх використання; джерел позабюджетного фінансування охорони здоров'я; індивідуальних параметрів програм надання

медичних послуг та шляхів покращення якості медичного обслуговування; забезпеченості медичних закладів необхідними ліками та медобладнанням.

Результуючими рубрикаторами ефективності ресурсного загалом та кадрового забезпечення зокрема діяльності медичних установ повинні бути: єдина система управління якістю; удосконалена система стандартизації, ліцензування, сертифікації, акредитації та форм атестації в охороні здоров'я; ефективна взаємодія органів управління охорони здоров'я; удосконалена система професійної підготовки медичних кадрів на післядипломному рівні з запровадженням методології управління якістю медичної допомоги, заснованої на доказовій медицині; посилення ролі громадських та наукових організацій в системі управління ресурсним забезпеченням; зниження показників смертності, захворюваності та інвалідності за рахунок підвищення якості медичної допомоги; підвищення ефективності використання фінансових, інформаційних ресурсів в охороні здоров'я.

3. Науковими підходами до кадрового забезпечення діяльності медичних установ варто виокремити : комплексний, інтегрований до кращих зарубіжних практик і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, шляхом постійної модифікації і вдосконалення самої системи. Проведені авторські розвідки дозволили виокремити три групи чинників, які в найбільшій мірі впливають на ресурсне забезпечення медичних установ: інституційні, соціальні, організаційні. Інституційні чинники пов'язані з визначенням пріоритетів та прийняттям рішень у сфері нормативно-правового регулювання, ресурсного забезпечення та здійснення державного управління сферою охорони здоров'я. Соціальні чинники пов'язані із доступом до отримання медичних послуг, задоволенням очікувань населення та прагненнями працівників медичної галузі. Організаційні чинники пов'язані з покращанням менеджменту в медичних установах, розвитком систем якості, стандартизації, метрологічного забезпечення, застосування маркетингових підходів в наданні медичних послуг.

4. Оцінювання якості кадрового забезпечення повинно сати складовою оцінювання якості надання медичних послуг, яка повинна здійснюватися за критеріями: професійності, доступності, обслуговування, комунікативного забезпечення, престижності лікарняного закладу, відповідності міжнародним акредитаційним стандартам. Для вдосконалення організації кадрового забезпечення медичних закладів пропонуємо три організаційні моделі надання спеціалізованої психіатричної допомоги. Перша має бути представлена спеціалізованим медичним центром психічного здоров'я. Друга організаційна модель охоплюватиме диспансерні відділення, денний стаціонар. Третя модель має бути представлена міжгоспітальним спеціалізованим центром психічного здоров'я, що обслуговує населення.

5. Потребує модернізації модель психіатричної служби в руслі зміни підготовки кадрів. Потрібно стимулювати лікарів до підвищення рівня знань і водночас удосконалювати систему освіти, запроваджувати європейську практику роботи лікаря-психіатра. Фахівці повинні підвищувати освітній рівень завдяки участі у наукових конференціях, на курсах тематичного удосконалення за різними «вузькими» напрямками психіатрії. Адміністративне керівництво досліджуваного медичного закладу повинно запровадити моніторинг якості надання медичної допомоги за такими складовими: структура, процес та результати медичної допомоги; організація надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень; відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників закладів охорони здоров'я; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги; забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги.

6. До форм безперервного професійного розвитку лікарів слід віднести: курси тематичного вдосконалення, передатестаційні цикли, навчання в клінічній ординатурі, аспірантурі, розробки з раціоналізаторства та винахідництва, виступи з тематичними лекціями, керівництво групами лікарів-інтернів, написання монографій, підручників, посібників,

відповідність працівників кваліфікаційним вимогам та дотримання ними посадових інструкцій.

7. Система управління кадровими ресурсами медичних закладів повинна базуватися на оцінці результатів діяльності. Її основною метою має бути підвищення результативності роботи закладу охорони здоров'я, вдосконалення підходів до кадрового забезпечення та використання наявних кадрових ресурсів. Концепція «оцінки результатів діяльності» охоплює якість медичних послуг, доступність, безпеку, рівень задоволення пацієнтів, стан здоров'я населення. При цьому запроваджуються ефективні механізми відповідальності та звітності, які б гарантували виконання визначених пріоритетів відповідно до показників результативності діяльності.

8. Модернізація професійної підготовки у сфері психічного здоров'я потребує не тільки оновлення навчальних програм, а й вдосконалення критеріїв їхньої оцінки, сертифікації, чітких процедур підготовки фахівців для надання послуг, що орієнтовані на суспільство. Важливою складовою цього розділу є кадрове забезпечення служб психічного здоров'я, наявність достатньої кількості фахівців, які підготовлені у відповідності до сучасних вимог та стандартів. Кадрове забезпечення роботи у сфері психічного здоров'я має базуватися на концепції мультидисциплінарного, компліментарного підходів, що обумовлено мультифакторним генезом психічних розладів з провідною роллю у цьому процесі біологічних, психологічних та соціальних чинників.

9. Модернізація внутрішнього контролю якості надання медичних послуг повинна відбуватися в руслі визначення ступеня відповідності діяльності і конкретних результатів роботи лікувально-профілактичного закладу прийнятим стандартам з подальшою корекцією механізму забезпечення якості надання медичної допомоги. Система внутрішнього контролю повинна включати не лише експертизу процесу надання медичної допомоги, а й низку інших компонентів, а саме: вивчення задоволення пацієнтів їх взаємодією з системою охорони здоров'я; і аналіз показників, що



характеризують якість і ефективність медичної допомоги, виявлення і аналіз недоліків, лікарських помилок і інших факторів, що спричиняють негативний вплив і призводять до зниження якості і ефективності медичної допомоги; підготовку рекомендацій щодо попередження лікарських помилок і недоліків у роботі та поліпшення якості і ефективності медичної допомоги; вибір найраціональніших управлінських рішень і проведення оперативних корегуючих заходів, контроль за їх реалізацією.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анализ деятельности отдельных учреждений здравоохранения: Учеб. задания для студ. лечеб., педиатр. и санитарно-гигиен. ф-тов Киев. медич. ин-та им. А. А. Богомольца. – К., 1975. – 40 с.
2. Аналітична характеристика організації та структури служби інтенсивної терії міських лікарень України / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Здоровье женщины. – 2009. – № 1 (37). – С. 28–32.
3. Беденко-Зваринчук О. Правовий статус медичного закладу/ О.Беденко-Зваринчук//Практика управління медичним закладом. – 2012. –№ 4. – С 11.-24.
4. Булах І. Є., Лях Ю. Є., Марценюк В. П., Хаїмзон І. І. Медична інформатика. Підручник для студентів ВМ(Ф)НЗ III-IV р.а. / І. Є.Булах, Ю. Є.Лях, В. П.Марценюк, І. І. Хаїмзон — Тернопіль: Укрмедкнига, 2008. — 308 с.
5. Веденко Б.Г. Фаховість керівників підрозділів медичних закладів — запорука успіху в роботі/ Б.Г. Веденко// Новости медицины и фармации. – 2012. – № 15. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/33107/>.
6. Джога Р.Т. Бухгалтерський облік у бюджетних установах: Навчальний посібник / Р.Т. Джога. - К.: КНЕУ, 2005. - 250 с.
7. Длугопольський, О. В. Теорія економіки державного сектора: навч. посіб. / О. В. Длугопольський. – К. : Професіонал, 2007. – 592 с.
8. Економічна енциклопедія: у 3-х т. / Ред. Б.Д. Гаврилишин. - К. : Академия. - 2002. - 951 с.
9. Євсєєв В.І. Концептуальні основи фінансової стратегії охорони здоров'я / В.І. Євсєєв // Формування та реалізація регіональної політики в

галузі ОЗ: Матеріали наук.-практ. конф., 25-26 квітня 2002 р. – Одеса, 2002. – С. 200-207.

10. Інформаційні дані звітності Університетської лікарні.
11. Карпишин Н. І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг: автореф дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец 08.04.01. / Н.І. Карпишин. – Тернопіль, 2006. – 21 с.
12. Карпишин Н. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я / Наталія Карпишин, Марія Комуницька // Світ фінансів. – 2008. - №1 (14). – С. 110-117.
13. Князевич В. М. Актуальні питання кадрового забезпечення служби анестезіології та інтенсивної терапії обласних багатопрофільних лікарень / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк // Патологія. – 2009. – № 1. – С. 4–7.
14. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // IV з'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я: програмні доповіді. – Житомир, 2008. – С. 4–36.
15. Князевич В. М. Удосконалення служби екстренної медичної допомоги. Шляхи вирішення проблем кадрового, матеріально-технічного, освітнього, правового забезпечення служби та соціальний захист працівників / В. М. Князевич, А. В. Вернигора, С. В. Тихоненко // [Матеріали II з'їзд ВГО «Всеукраїнської Асоціації працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф», 22–23 квітня 2008 р.]. – С. 3–6. – (дисертанту належить збір, обробка, аналіз та узагальнення даних, методологічне забезпечення, формування висновків, оформлення статті).
16. Князевич В. М., Слабкий Г.О. Організація медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах II–III рівнів надання медичної допомоги/ В.М.князевич, Г.О.Слабкий. - о. Київ, 2008. – 29 с.

- 17.Князевич В.М. Научное обоснование оптимизации системы интенсивной медицинской помощи населению Украины. – Рукопись. Диссертация на соискание научной степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, 2009.
- 18.Князевич В.М. Характеристика кадрового забезпечення служби інтенсивної терапії центральних районних лікарень в Україні / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк // Актуальні питання медичної науки та практики: збірник наукових праць. – Запоріжжя, 2009. – Випуск 75. – С. 3–9. – (дисертанту належить збір, обробка, аналіз та узагальнення даних, методологічне забезпечення, формування висновків, оформлення статті).
- 19.Ковальчук О.Л. Вдосконалення кадрового забезпечення діяльності медичних установ/О.Л.Ковальчук/Матеріали внутрівузівської науково-практичної конференції «Науково-дослідна робота студентів: формування особистості майбутнього вченого, фахівця високої кваліфікації», Тернопіль, 2014.
- 20.Ковальчук О.Л. Лапароскопічна хірургія жовчнокам'яної хвороби у хворих на хронічні гепатити і цироз печінки [Текст] : дис. . д-ра мед. наук : [спец.]14.01.03 "Хірургія" / Олександр Леонідович Ковальчук ; Терноп. ДМУ ім. І.Я. Горбачевського. - Т. : [б. в.], 2011. - 385 с.
- 21.Ковальчук О.Л., Теоретичне обґрунтування передатестаційної програми удосконалення лікарів ортопедів-травматологів та організація процесу навчання за вимогами кредитно-модульної системи/ О.Л.Ковальчук, Ю.О.Грубар, Ю.С.Сморщок, І.С.Кулянда/ Матеріали X ювілейної Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Кредитно-модульна система організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах України на новому етапі». 18-19 квітня 2013 року, Тернопіль. – 2013. – частина 2. – С. 450- 452.

- 22.Ковальчук О.Л. Морфологічні зміни структурних компонентів простати при експериментально змодельованому хронічному простатиті з доброякісною гіперплазією простати/ О.Л. Ковальчук, А.І. Мисак, В.Я. Хорош // Шпитальна хірургія. – 2013. – №1. – С. 52-55.
- 23.Ковальчук О.Л., Синдром загального венозного повнокров'я в абдомінальній хірургії, як прояв комор бідності/ О.Л.Ковальчук, Н.І. Герасимюк // Вісник наукових досліджень. – 2014. – №1.
- 24.Ковальчук О.Л. Вікові особливості структурної перебудови гемомікроциркуляторного русла сечового міхура/ О.Л.Ковальчук, М.С.Гнатюк С.О., Нестерук // Вісник наукових досліджень. – 2014. – №1.
- 25.Ковальчук О.Л., Твердохліб В.В., Мисак А.І., Нестерук С.О. Фахова підготовка студентів з курсу урології в умовах кредитно-модульної системи. Медична освіта. – 2014. – №1.
- 26.Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья [Текст] / Б. А. Казаковцев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 672 с.
- 27.Ляховченко Л.А. Удосконалення державного управління фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Л.А. Ляховченко // Державне управління: теорія та практика. – 2009. - № 2. Режим доступу: [http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DUTP/2009\\_2/zmist.htm](http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DUTP/2009_2/zmist.htm).
28. Ляхоцький В. П. Страхова медицина в Україні: історія та сучасність / В. П. Ляхоцький, В. І. Євсєєв, В. І. Сергієнко та ін. - К. : Пульсари, 2003. - 82 с.
- 29.Малік Є. О. Система фінансування охорони здоров'я: конкурентні та соціальні критерії розвитку: автореф дис . канд. екон наук : спец 080008 „Гроші, фінанси і кредит” / Є. О. Малік. - К, 2007. - 18 с.
- 30.Марценюк В. П., Кравець Н. О. Медична інформатика. Методи системного аналізу/ В. П.Марценюк, Н. О. Кравець – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 177 с.

- 31.Марценюк В. П., Семенець А. В. Медична інформатика. Інструментальні та експертні системи / В. П.Марценюк, А.В.Семенець— Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. — 222 с.
- 32.Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2007–2008 роки / За ред В. М. Князевича. К., 2009. — 68 с.
- 33.Мишолівський Б. І. Організація фінансування охорони здоров'я / Б.І. Мишолівський // Вісник Львівської комерційної академії / [ред. кол. : Г. І. Башнянин, В. В. Апопій, О. Д. Вовчак]. — Львів: Видавництво Львівської комерційної академії, 2009. — Вип. 30. — 214 с. — (Серія економічна).
- 34.Морєва О. Оплата праці працівників бюджетної сфери у 2014 році/ Олена Морєва // Практика управління медичним закладом. — 2014. — № 3. — С.20-27.
- 35.Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблема якості в охороні здоров'я: Монографія/ А.М. Нагорна, А.В. Степаненко, А.М. Морозов. — Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. — 384 с. — С. 65.
- 36.Надюк З.О. Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України / З. О. Надюк // Державне управління. — 2010. - № 4. - С. 100-103.
- 37.Нулевая версия проекта Глобального Плана Действий по Охране Психического Здоровья 2013–2020. Версия 27 августа 2012. —33 с. [Электронный ресурс]. — Режим доступа : [http:// psychiatr.ru/download/542](http://psychiatr.ru/download/542)
- 38.Назаренко І.Ф. Фінансові ресурси охорони здоров'я в сучасних умовах ринкових трансформацій / І.Ф. Назаренко // Наукові праці НДФІ, 2008. - № 2 (43). — С. 34-43.
- 39.Незнанов, Н. Г. Биопсихосоциальная парадигма — новые тенденции и старые проблемы [Текст] / Н. Г. Незнанов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / под ред. О. В. Лиманкина. —СПб., 2009. — Т. 1. — С. 32–37.
- 40.Наказ Державного казначейства України від 25.05.2004 року № 89 „Про затвердження Порядку обслуговування державного бюджету за

видатками” (зі змінами та доповненнями).

41. Основи законодавства України про охорону здоров'я/ Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ.
42. Офіційний веб-сайт відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради:  
<http://www.zdorov.gov.ua/ShowArticle.aspx?request=kFQrPZfoH4M1cDm+AvvW99PscyyBBOC1Duv/14G6kyc>
43. Патент № 5728/3у/14 від 18.03.2014 р. «Спосіб моделювання гострої затримки сечі». Ковальчук О.Л., Гнатюк М.С., Нестерук С.О.
44. Перша долікарська допомога [Текст] : навч. посіб. для студ. вищ. фармац. навч. закл. і фармац. ф-тів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець [та ін.] ; ред. Л. Т. Гайда. - Тернопіль : ТДМУ, "Укрмедкнига", 2008. - 335 с.
45. Посібник для управління лікарнею/ Представництво Європейської Комісії в Україні. – Київ, 2009. – 48с.
46. Принципи інформатизації системи охорони здоров'я України / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, О. С. Коваленко [та ін.] // Здоровье женщины. – 2009. – № 4 (40). – С. 17–21.
47. Про бюджетну класифікацію та її запровадження/ Наказ Державного казначейства України від 27.12.01р. № 604.
48. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії/ Закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2017.
49. Про запровадження в експериментальну експлуатацію автоматизованої інформаційно-аналітичної системи «Закупівлі МОЗ України/ Наказ МОЗ України від 12 лютого 2014 р. № 116
50. Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я/ Наказ Державного казначейства України від 25.05.2006 року № 319.
51. Про затвердження Порядку виконання державного бюджету за доходами/ Наказ Державного казначейства України від 19.12.2000 року №131.

52. Про затвердження Порядку надання платних послуг у державних (комунальних) закладах, установах охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та одержання добровільної компенсації від хворих/ Наказ Державного казначейства України від 18 грудня 1997 року № 358/273.
53. Про затвердження роз'яснень щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету/ Наказ Державного казначейства України від 04.11.2004 року № 194.
54. Про рейтингову оцінку стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я/ Наказ Державного казначейства України від 31 травня 2002 р.
55. Про порядок контролю і управління якістю медичної допомоги : Наказ МОЗ від 26. 03. 2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dokument.ua/pro-porjadok-kontrolyu-taupravlinnja-jakistyu-medichnoyi-do-doc3750.html>
56. Проблеми остеопорозу [Текст] : моногр. / Л. Я. Ковальчук, І. С. Сміян, М. А. Андрейчин [та ін.] ; за ред. Л. Я. Ковальчука ; рец. Я. Я. Боднар. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 444 с. – 500 экз. – ISBN 966-673-030-8
57. Рожкова І.В. Удосконалення державного та регіонального управління охороною громадського здоров'я в Україні / І. В. Рожкова, Н. Д. Солоненко // Статистика України. – 2008. - № 4. – С. 90-94.
58. Романенко О. Р. Фінанси : підручник / О. Р. Романенко. – К. : Центр навч. літ, 2004. - 312 с.
59. Романюк Л.М. Медико-статистична інформація в управлінні міською лікарнею / Л.М. Романюк, В.І. Пальовчик // Вісник соц. гіг. та організ. охорони здоров'я України. - 2002. - №3. - С. 56-58
60. Система управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2000, IDT). – К.: Держстандарт України, 2001. – 23 с.
61. Состояние психического здоровья населения и перспективы развития психиатрической помощи в Украине [Текст] / [М. К. Хобзей, П. В.



- Волошин, Н. О. Марута и др.] // Психическое здоровье. – 2013. – № 7 (86). – С. 66– 75.
62. Стан психічного здоров'я населення та тенденції розвитку психіатричної допомоги на пострадянському просторі [Текст] / [П. В. Морозов, М. Г. Незнанов, О. В. Ліманкін та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2014. – Т. 22, вип. 1 (78). – С. 11– 17. 9
63. Угрин Г.Я. Професіоналізація кадрів в медичних закладах // Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні. Збірник наукових праць . – Тернопіль: ТНЕУ, 2016. – 312с. – с. 278-280.
64. Экономика здравоохранения: Учебн. пособие / Под общ. ред. А. В. Решетникова. – М.: ГЭТАР-МЕД, 2003. – 272 с.
65. Экономика и управление здравоохранением / Л. Ю. Трушкина, Р. А. Тулепцеришев, А. Г. Трушкин, Л. М. Демьянова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2003. – 384с.
66. Taylor, R., and S. Taylor. The AUPHA Manual of Health Services Management (Chapter 18: Avakian, L. “Human Resource Management”). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1994
67. Kundors, G.D. Hospitals, Facilities Planning and Management 2008/
68. Rockwell Schulz, Alton C, Johnson, Management of Hospitals. McGraw-Hill Book Company, 1983
69. Koontz, Harold. The Management Theory Jungle, Academy of Management Journal, vol 4, Dec. 1961, pp.174-188
70. Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care [Electronic Resource] / [Knapp D., McDaid D., Mossialos E. and G. Thornicroft.] — Open University Press : McGraw Hill, 2007. — Mode of access : URL : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/96451/E89814.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf)
71. Schein, E. H. Organizational Culture and Leadership. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1988.

- 72.Shortell, S. M., and A. D. Kaluzney. Health Care Management: Organization Design and Behavior. 3rd ed. Albany, NY: Delmar Publishers, 1994. Bridges, W. The Human Side of Organizational Change. Mill Valley, CA: William Bridges & Associates, 1993.
- 73.Taylor, R., and S. Taylor, eds. The AUPHA Manual of Health Services Management (Chapter 2: Starkweather, D. B., and D. G. Shropshire, “Management Effectiveness”). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1994.
- 74.V.E. Sower, J. Duffy, G. Kohers, Benchmarking for Hospitals, 2007
- 75.P.Hobnby, D.K. Ray, P.J Shipp, T.L. Hall. Guidelines for Health Manpower Planning. WHO Geneva 1980.
- 76.Donaldson, L. and E. E. Scannell. Human Resource Development: The New Trainer’s Guide, 2nd. ed. Reading, MA: Addison-Wesley Publishers Company, Inc. 1986.11)
- 77.Fottler, M. D., S. R. Hernandez, and C. L. Joiner. Strategic Management of Human Resources. 2nd ed. Albany, NY: Delmar Publishers, 1994.12)
- 78.Goad, T. Delivering Effective Training. San Diego, CA: Pfeiffer & Company, 1982.
- 79.Haimann, T. Supervisory Management for Healthcare Organizations. 5th. ed. Dubuque, IA: Wm. C. Brown Publishers, 1994.
- 80.Hershey, P., and K. H. Blanchard. Management of Organizational Behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1988.
- 81.Community-based lifestyle interventions: changing behaviour and improving health [Text] / Blank L., Grimsley M., Goyder E., et al.] // J. Public Health – 2007: 29(3): 236 – 45.
- 82.Rakich J. S., B. B. Longest, and K. Darr. Managing Health Services Organizations. 3rd ed. Baltimore, MD: Health Professions Press, 1992.
- 83.Schuler, R. S., and V. L. Huber. Personnel and Human Resource Management 5th. ed. New York: West Publishing Company, 1994.
- 84.Shortell, S. M., and A. D. Kaluzny. Health Care Management: Organization Design and Behavior 3rd. ed. Albany, NY: Delmar Publishers, Inc. 1994.

85. Belletti B., Vaidya J., D'Andrea S. et al. (2008) Targeted Intraoperative Radiotherapy Impairs the Stimulation of Breast Cancer Cell Proliferation and Invasion Caused by Surgical. *Clinical Cancer Research*, 14: 1–2.
86. Dickler A., Ivanova O., Francescatti D et al. (2009) Intraoperative radiation therapy in the treatment of early-stage breast cancer utilizing soft axient electronic brachytherapy. *World Journal of Surgical Oncology*, 7: 1–6.
87. Marzeniuk V.P., Nakonechny A.G., System analysis methods of medical and biological processes. — Ternopil: Ukrmedknyha, 2003. — 241 pp.
88. Elliott R., Deland M., Head J. (2011) Accelerated partial-breast irradiation with the IntraBeam intraoperative radiotherapy system. *Journal of Clinical Oncology*, 29: 45–49
89. Galimberti V., Ciocca M., Leonardi M. et al. (2009) Is electron beam intraoperative radiotherapy (ELIOT) safe in pregnant women with early breast cancer? *In vivo* dosimetry to assess fetal dose. *Annals of Surgery Oncology*, 16: 100–105.
90. Gunderson L., Willett C., Calvo F. (2011) Intraoperative irradiation: techniques and results, 2th edition: New York, 548 p.
91. Halperin E.C., Perez C.A., Brady L.W. (2008) Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology, 5th edition. Philadelphia, 2070 p.
92. Hensley F., Biggs P, Krempien R. et al. (2007) Overview of IORT activities in Europe. *Radiotherapy Oncology*, 83(1): 78–83.
93. International society of intraoperative radiation therapy. 7th international conference. Available at <http://www.isiortmeeting2012.org/Index.html>.
94. Keshtgar M., Williams N. R., Corica T. et al (2011) Cosmetic outcome 1, 2, 3, and 4 years after intraoperative radiotherapy or external beam radiotherapy for early breast cancer: An objective assessment of patients from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 29: 56–58.
95. Kraus-Tiefenbacher U., Herskind C., Bauer L. et al (2007) Intraoperative radiotherapy (IORT) with low-energy x-rays for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25: 67–69.

96. Lemanski C., Azria D., Thezenas S. et al (2006) Intraoperative radiotherapy given as a boost for early breast cancer: long-term clinical and cosmetic results. *Int. J. Rad. Onc. Biol. Phys.*, 64: 1410–1415.
97. National Cancer Institute of the USA. Breast cancer treatment. Available at [http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/health\\_professional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/health_professional).
98. Olilla D., Klauber-DeMore N., Tesche L. et al (2007) Feasibility of Breast Preserving Therapy with Single Fraction In Situ Radiotherapy Delivered Intraoperatively, *Annals of Surgical Oncology*, 14: 660–669.
99. Rampinelli C., Bellomi M., Ivaldi G. et al. (2011) Assessment of Pulmonary Fibrosis after Radiotherapy (RT) in Breast Conserving Surgery: Comparison between Conventional External Beam RT (EBRT) and Intraoperative RT with Electrons (ELIOT), *Technology in cancer research and treatment*, 10: 323–329.
100. Tiefenbacher U. , Scheda A. , Steil V. et al. (2005) Intraoperative radiotherapy for breast cancer using the Intrabeam system. *Tumori*, 91: 339–345.
101. Tobias J., Vaidya J., Keshtgar M. et al. (2004) Reducing radiotherapy dose in early breast cancer: the concept of conformal intraoperative brachytherapy. *The British Journal of Radiology*, 77: 279–284.
102. Vaidya J.S., Joseph D.J., Tobias J.S. (2010) Targeted intraoperative radiotherapy versus whole breast radiotherapy for breast cancer (TARGIT-A trial): an international, prospective, randomised, non-inferiority phase 3 trial. *The Lancet*, 376: 91–102.f
103. Veronesi U. , Orecchia R., Luini A. et al. (2010) Full-Dose intraoperative radiotherapy with electrons during breast-conserving surgery. Experience with 1822 cases. *Breast Cancer Research and Treatment*, 124: 141–151.

