

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного
управління та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та
публічного управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Антонова Тетяна Степанівна
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 331.108:614
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ
В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Т. С. Антонова
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

Кравець Ірина Вікторівна
(прізвище, ім'я, по батькові)
к.е.н., доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2020

АНОТАЦІЯ

Антонова Т. С. УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр», спеціальність «Публічне управління та адміністрування», – Поліський національний університет, м. Житомир, 2020 рік.

В кваліфікаційній роботі представлено теоретичне узагальнення і науково-прикладне вирішення проблеми управління кадровим потенціалом в системі охорони здоров'я. Розкрито сутність кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я, визначено основні чинники формування та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я. Надано характеристику кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України в сучасних умовах та розкрито основні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Запропоновано напрями вдосконалення механізму формування кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, управління кадрами, кадровий потенціал, медична реформа, реформа державного управління.

SUMMARY

Antonova T. S. HUMAN RESOURCES MANAGEMENT IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Qualification work for obtaining the Master's level educational qualification, specialty “Public Administration and Administration”, – Polissya National University, Zhytomyr, 2020.

The qualification work presents a theoretical generalization and scientific solution to the problem of human resources management in the health care system. The essence of human resources in the health care system is revealed, the main factors of formation and development of human resources of the health care system are determined. The characteristic of the staff potential of the health care system of Ukraine in modern conditions is given and the main aspects of the staff policy in the field of health care are revealed. The directions of improvement of the mechanism of formation of personnel potential in the health care system are offered.

Keywords: health care system, personnel management, human resources, medical reform, public administration reform.

ЗМІСТ

	<i>Стор.</i>
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Сутність кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я.....	6
1.2. Визначальні чинники формування та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.....	9
Висновки до розділу 1.....	13
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	14
2.1. Характеристика кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України.....	14
2.2. Сучасні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я.....	18
Висновки до розділу 2.....	22
РОЗДІЛ 3. СТРАТЕГІЯ УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	23
3.1. Міжнародний досвід розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я.....	23
3.2. Напрями вдосконалення механізму формування кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я України.....	28
Висновки до розділу 3.....	33
ВИСНОВКИ	34
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	37
ДОДАТКИ	41

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Здоров'я та життя людини – найвища цінність, яку необхідно берегти за будь-яких обставин, оскільки це є основа нації та подальшого суспільно-економічного розвитку держави. Виконання основних стратегічних завдань функціонування системи охорони здоров'я – збереження здоров'я громадян, збільшення показників тривалості життя, поліпшення якості медичного обслуговування, розробка нових ефективних методів лікувальної та профілактичної терапії, удосконалення принципів роботи спеціалізованих відділів – неможливе без розвитку кадрового потенціалу даної системи. В умовах сучасних екологічних та соціально-економічних викликів в контексті поширення вірусної інфекції до масштабів пандемії, удосконалення процесів управління кадровим потенціалом в системі охорони здоров'я є як ніколи актуальним.

Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування комплексу теоретичних, методологічних та практичних підходів щодо управління кадровим потенціалом в системі охорони здоров'я. Досягнення мети зумовило необхідність вирішення таких завдань:

- розкрити сутність кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я;
- визначити чинники формування та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я;
- надати характеристику кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України;
- розкрити сучасні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати міжнародний досвід розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я;
- визначити напрями вдосконалення механізму формування кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я України.

Об'єктом дослідження є процес управління кадровим потенціалом в

системі охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретико-методологічні засади та інструменти управління кадровим потенціалом в системі охорони здоров'я.

Методи дослідження. У роботі застосовано сукупність загальнофілософських методів, що дозволило реалізувати концептуальну єдність дослідження. Комплексний підхід і діалектичні принципи дозволили виявити сутнісні характеристики досліджуваних процесів, форми їхнього прояву, виділити властиві їм протиріччя й визначити тенденції їхнього розвитку. Дослідження процесу управління кадровим потенціалом в системі охорони здоров'я проводилося з використанням структурного підходу, методів логічного, порівняльного і статистичного аналізу, угруповань, абстрактно-логічного моделювання тощо. Синергетичний підхід став підґрунтям для визначення подальших стратегічних напрямів удосконалення управління кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я України.

Елемент наукової новизни кваліфікаційної роботи полягає в визначенні напрямів вдосконалення механізму формування кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я України в сучасних умовах екологічних та соціально-економічних викликів.

Апробація. Результати роботи доповідались на науково-практичних конференціях Київського університету імені Бориса Грінченка та Поліського національного університету. Результати роботи висвітлені в 3-х публікаціях.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 40 найменувань. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 40 сторінок, у тому числі 1 таблиця та 4 рисунка.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я

В умовах сучасних екологічних та соціально-економічних викликів забезпечення передумов збереження здоров'я нації залишається першочерговим завданням державної політики. Формування нового та збереження поточного кадрового потенціалу системи охорони здоров'я набуває особливого значення в умовах пандемії COVID-19, з якою стикнулося людство протягом 2019-2020 рр. Кадровому потенціалу в системі охорони здоров'я належить величезна роль щодо підвищення якості життя населення, відтворення трудових ресурсів, ефективності суспільного виробництва та функціонування соціально-економічної системи держави в цілому.

Якість процесу формування кадрового потенціалу залежить від економічного забезпечення даного процесу і підтримки його в майбутньому з боку держави та громадськості. Динаміка соціально-економічних процесів у період переходу до нових умов господарювання зумовлює якнайширше відображення і у вітчизняній практиці питання формування та розвитку кадрів, їх потенціалу та активізації їх використання. Даній проблемі надається значна увага і у працях таких українських учених, як Л. В. Беззубко [1], Д. П. Богиня, О. А. Грішнова [2], Є. П. Качан [3], Л. М. Колот, Д. Г. Шушпанов і багатьох інших, в яких досліджується поняття трудових ресурсів, специфіка формування кадрів організацій України. Питанням публічного управління в сфері охорони здоров'я приділена значна увага в наукових працях Я. М. Буздуган, І. О. Буряка, В. Д. Волкова, Ю. В. Вороненка, О. О. Прасова, Г. М. Токарева та ін. Проте, питання вирішення проблеми удосконалення кадрового потенціалу в сучасних умовах нових екологічних та соціально-економічних викликів

залишається актуальним.

Кадровий потенціал за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я – це сукупна кількість осіб, зайнятих в різних процесах щодо зміцнення здоров'я людини [4]. Кадровий потенціал при цьому визначається як один із фундаментальних блоків системи охорони здоров'я [5], в який входять лікарі, молодший медичний персонал, фармацевти, лаборанти, акушерки, стоматологи, суміжні медичні професії, соціальні працівники (реабілітологи, психологи, волонтери) та інші медичні працівники, а також медичний та допоміжний персонал, який може не надавати медичні послуги, але є необхідною ланкою для ефективної діяльності всієї системи охорони здоров'я. Насамперед це представники публічного управління – керівники служб охорони здоров'я, працівники медичних електронних систем обробки інформації (eHealth, Helsi, Asker.net та ін.), економічні відділи системи охорони здоров'я, керівників мереж постачання приватних та державних медичних послуг та інших.

Сфера людських ресурсів у галузі охорони здоров'я займається такими питаннями, як планування, розвиток, результативність, управління, утримання, інформація та дослідження людських ресурсів для сектору охорони здоров'я. В останні роки підвищення обізнаності про критичну роль ОЗЗ у зміцненні ефективності системи охорони здоров'я та покращенні результатів охорони здоров'я населення поставило працівників охорони здоров'я на перше місце у світовій програмі охорони здоров'я [3]. Термін «кадровий потенціал» увійшов у науковий обіг у період переходу від екстенсивного до інтенсивного способу розвитку виробництва. Це була своєрідна реакція науки на потребу практики забезпечити якісне вдосконалення формування і використання відповідних можливостей працівників як сукупного суб'єкта виробництва і правління [1, с. 17].

На нашу думку, в основі категорії «кадровий потенціал» лежать поняття «кадри» і «персонал», які є базовими. Слід відмітити, що більшість вчених сходяться на думці, що обидва поняття характеризують людські ресурси, але у

різному вимірі. Таким чином, якщо кадри – це постійний склад працівників, тобто та частина працездатного населення, яка постійно перебуває в трудових відносинах з різними організаціями, то персонал – це категорія працівників, які об'єднані за ознакою належності до організації (закладів системи охорони здоров'я в даному випадку) або професії (управлінський, адміністративний, організаційно-технічний) тощо) [6-8].

Термін «персонал» є найбільш доцільним на мікрорівні (окремих організаційних елементів системи охорони здоров'я) через те, що визначає особовий склад організації, який працює по найму і характеризується певними ознаками. Сучасні наукові підходи до визначення «кадрового потенціалу» свідчать про неоднозначність тлумачення та невизначеність природи даного поняття, наявність розбіжностей у визначеннях, складність структури та багатогранність його проявів вимагає застосування чіткої та послідовної методології вивчення його сутності та осмислення.

Деякі вчені поняття «трудова потенція» та «кадрова потенція» вважають тотожними. Однак, «кадрова потенція» відрізняється від «трудова потенція» на величину потенційних можливостей кваліфікованих кадрів, що працюють не за фахом, некваліфікованих і малокваліфікованих робітників, а також незареєстрованих безробітних [9, с. 138 - 139]. Синтезуючи оброблену теоретичну базу щодо визначення «кадрового потенціалу», можна розподілити думки вчених щодо даного поняття наступним чином: близько половини авторів акцентують увагу саме на здібностях і можливостях кадрів; третина науковців розглядають кадровий потенціал як сукупність працівників, тобто трудових можливостей організації; тільки п'ята частина визначає кадровий потенціал кількістю та якістю праці персоналу організацій.

Грунтуючись на результатах проведеного дослідження було сформовано авторське визначення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я: кадровий потенціал системи охорони здоров'я – це інтегрована сукупність здібностей осіб, зайнятих у системі охорони здоров'я, а також зареєстровані

безробітні, які мають професійну підготовку, певну кваліфікацію, володіють відповідними компетенціями і здібностями, і які можуть бути залучені у медичну сферу за наявності економічних та духовних мотивів. Дана інтегрована сукупність осіб та їх здібностей забезпечують можливість здійснювати медичну діяльність (або з нею пов'язану) з максимальною ефективністю для здоров'я нації.

Так, економічна ситуація, що склалася сьогодні в Україні, свідчить про досить низький рівень ефективності використання трудових ресурсів в галузі медицини, в результаті чого збільшується чисельність незайнятого населення, відбувається постійна міграція медичного персоналу всередині і за межі країни. Слід також зазначити, що формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я залежить економічно не тільки від державних фінансів. Запровадження та розвиток страхової медицини також відіграє значну роль у процесах формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, оскільки в медичну галузь буде вливатися не тільки публічний капітал у формі частини державного бюджету, а і приватний у якості використаних соціальних відрахувань підприємств та приватних осіб.

1.2. Визначальні чинники формування та розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я

Основними сучасними проблемами в забезпеченні кадрового потенціалу, які склалися в системі охорони здоров'я України є: різноманітність і складність структури кадрових ресурсів; низька якість перед- та післядипломної підготовки лікарів; нерівномірність забезпечення населення медичними кадрами в розрізі адміністративних територій; велика кількість лікарських спеціальностей; невмотивованість медичного персоналу до високо ефективної праці з причини недосконалої системи оплати праці; низький рівень укомплектованості лікарських посад за окремими спеціальностями; загальний дефіцит кадрів; надмірна спеціалізація лікарів; невідповідність системи

атестації; висока частка працівників пенсійного віку; застарілість нормативно-правової бази з питань кадрової політики в охороні здоров'я.

Охорона здоров'я – одна із важливих і найбільших соціальних систем, де інтеграція наукової та практичної діяльності забезпечують формування і реалізацію державної політики щодо збереження та поліпшення здоров'я населення. Галузева медична наука має достатній та вагомий потенціал. Тільки у підпорядкуванні МОЗ України станом на кінець 2015 р. знаходилося 20 науководослідних установ, наукові підрозділи 14 вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та 3 заклади післядипломної освіти (далі – НДУ та ВМНЗ МОЗ України). Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського (м. Сімферополь) та Український НДІ дитячої курортології та фізіотерапії (м. Євпаторія) знаходяться на території анексованої АР Крим [11].

Законом України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні», яким визначаються правові, економічні та організаційні засади формування цілісної системи пріоритетних напрямів інноваційної діяльності, одним із стратегічних пріоритетних напрямів на 2011–2021 роки є «впровадження нових технологій та обладнання для якісного медичного обслуговування, лікування, фармацевтики». Забезпеченість медичними кадрами в країнах ЄС становить 104,0 на 10 тис. нас., у т.ч. лікарями – 35,2, в СНД – 37,3. Показник забезпеченості населення Європейського регіону ВООЗ медсестрами дорівнює 67,0 на 10 тис. У країнах ЄС – 73,1; СНД – 78,5 на 10 тис. нас. (останні можливі показники для порівняння у базі даних ВООЗ). Досить високими рівнями характеризуються такі показники в Україні: забезпеченість лікарями (фізичними особами) на 10 тис. нас. у 2015 р. становила 38,0, середнім медичним персоналом (СМП) – 80,78%. [13].

Метою кадрової політики ВООЗ є підготовка необхідних кваліфікованих працівників медичної галузі та забезпечення даними кадрами різних закладів охорони здоров'я, а також виконання ними відповідних завдань. До розробленого ВООЗ спільно з державами-членами Десятирічного плану дій

входять і заходи у сфері публічного управління, професійного навчання та планування кількості та якості кадрів, засновані на національному лідерстві та глобальній солідарності. Сьогодні в умовах нових еколого-соціальних викликів в контексті появи та поширення вірусної інфекції SARS-CoV-2 (COVID-19) постає питання не тільки розвитку, а і збереження нинішнього кадрового потенціалу медичної сфери, оскільки медичні працівники знаходяться в полі перманентно високого ризику та надмірного робочого навантаження, що призводить до високої кількості захворілих серед медперсоналу та деморалізації аж до звільнення за власним бажанням. Основні виклики сьогодення та майбутнього в системі охорони здоров'я України наведено на рисунку 1.1.

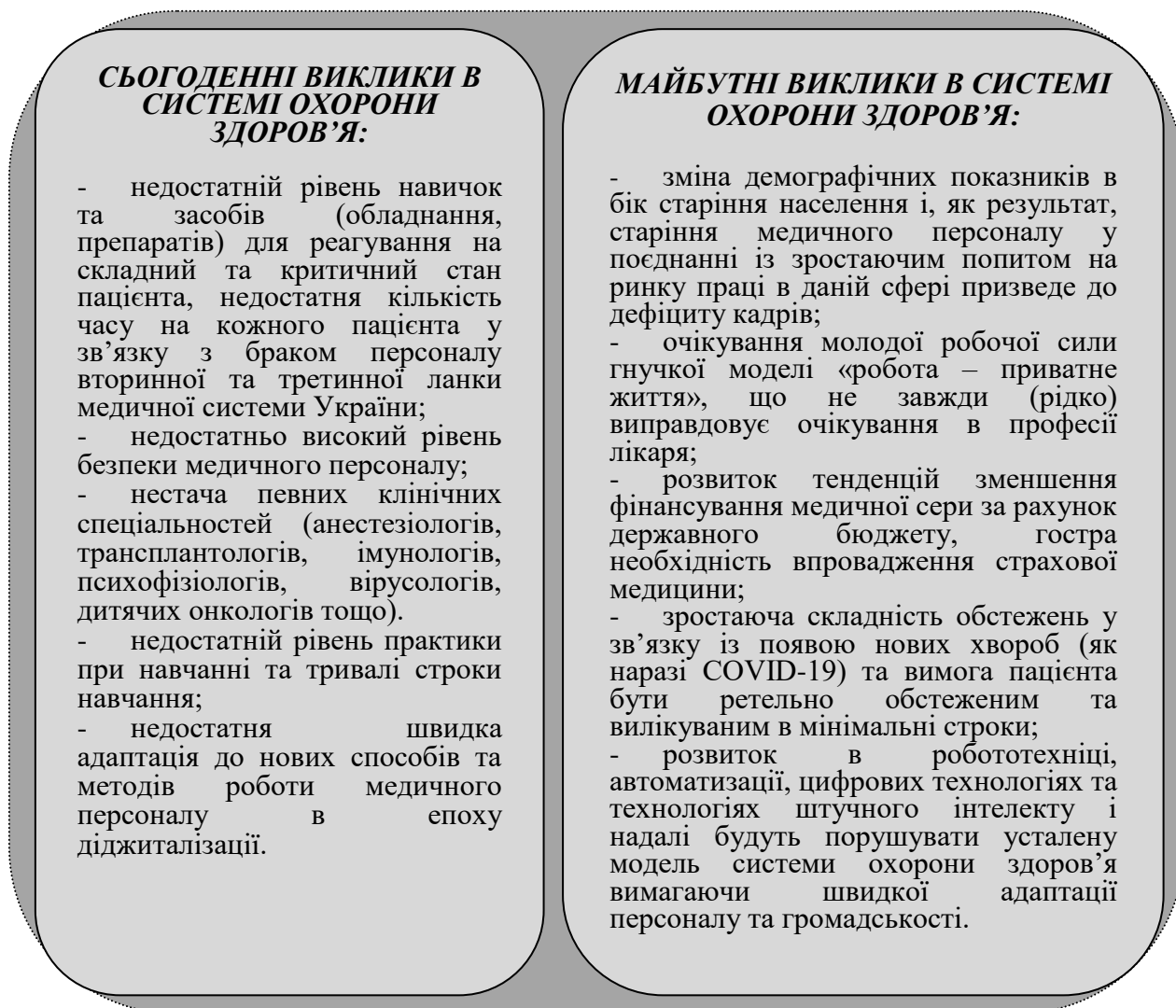


Рис. 1.1. Сучасні виклики в системі охорони здоров'я.

Джерело: авторська розробка.

Як було зазначено на рис. 1.1., серед проблем, які постали сьогодні у системі охорони здоров'я України є зростання питомої ваги працівників пенсійного віку. Даний факт потребує вже сьогодні пошуку резервів з підготовки медичного персоналу. Ще однією проблемою є міграція медичних кадрів, особливо високої кваліфікації. За останні 30 років у країнах Західної Європи значно зросла потреба в кількості медичних працівників, особливо вузьких профільних спеціалізацій. Такі проблеми характерні і для України. Для держави даний факт означає додаткові витрати на підготовку медичних кадрів та перерозподіл кількості студентів щодо можливого вибору спеціалізації, оскільки в умовах ринку без заохочення у вигляді забезпечення бюджетних місць в університетах даних спеціальностей та спеціалізацій зробити практично неможливо.

Отже, беручи до уваги основні чинники формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України (якість освіти і науки в системі охорони здоров'я, економічна винагорода, альтернативний вибір (відтік спеціалістів закордон), відсутність достатньої кількості молодих спеціалістів), кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності. Для України основні завдання щодо ефективного використання кадрових ресурсів лежать у площині комплексного підходу до удосконалення управління системою охорони здоров'я, процесами навчання медичних працівників, оптимізації інфраструктурних елементів системи.

Висновки до розділу 1

1. Розкрито сутність кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я. На основі аналізу літературних джерел було сформовано авторське визначення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я: кадровий потенціал системи охорони здоров'я – це інтегрована сукупність здібностей осіб, зайнятих у системі охорони здоров'я, а також зареєстровані безробітні, які мають професійну підготовку, певну кваліфікацію, володіють відповідними компетенціями і здібностями, і які можуть бути залучені у медичну сферу за наявності економічних та духовних мотивів. Дана інтегрована сукупність осіб та їх здібностей забезпечують можливість здійснювати медичну діяльність (або з нею пов'язану) з максимальною ефективністю для здоров'я нації.

2. Визначено основні чинники формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України, а саме: якість освіти і науки в системі охорони здоров'я, економічна винагорода, альтернативний вибір (відтік спеціалістів закордон), кількість молодих спеціалістів. Встановлено, що кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі шляхом запровадження: більш якісної системи освіти медичних кадрів в контексті регулювання кількості майбутніх вузькопрофільних спеціалістів, яких не вистачає наразі (онкологи, вірусологи, епідеміологи) через державні замовлення, збільшення годин практики під час навчання; удосконалення системи оплати праці з метою залучення до спеціальності більшої кількості молодих людей та заохочення залишатися працювати в Україні.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Характеристика кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України

Наразі в Україні триває реформа системи охорони здоров'я. Старт реформи розпочався 1 січня 2018 року, а метою було і залишається забезпечення якісними та доступними медичними послугами громадян України, зміна закупівлі ліків шляхом усунення посередників у системі державних закупівель, трансформація первинної, вторинної та третинної ланки сталої системи охорони здоров'я. Крім того, в контексті даної реформи планується запровадити страхову медицину.

Проведення вискоєфективної реформи в системі охорони здоров'я України неможливо без змін в системі кадрового забезпечення. Актуальним питанням є визначення реальної кількісної потреби у медичних кадрах, виходячи із наявного попиту та пропозиції лікарів окремих спеціальностей та спеціалізацій. Ігнорування проблеми формування та ефективного використання кадрового потенціалу призводить до погіршення стану здоров'я громадян та відтоку кваліфікованих медичних кадрів закордон. Кількість та структура кадрів за гендерною ознакою наведена на рисунку 2.1. З рисунка 2.1. видно, що в структурі системи охорони здоров'я України за гендерною ознакою переважають жінки (63,7%). Чоловіки становлять практично третину кадрового потенціалу, або 36,3% станом на 31.12. 2019 р.

В загальній структурі системи охорони здоров'я за спеціальностями кількісно переважають терапевти, сімейні лікарі, стоматологи, хірурги (рис.2.2).

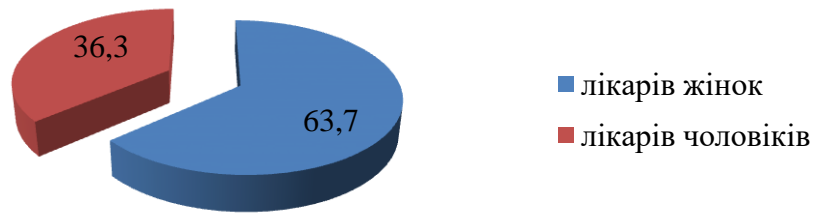


Рис. 2.1. Співвідношення зареєстрованих лікарів в системі охорони здоров'я України за гендерною ознакою, 2019 р.

Джерело: побудовано автором за даними Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [17].

В умовах сучасних екологічних та соціальних викликів (інфекції SARS-CoV-2 / COVID-19) виявилася недостатня кількість вузьких спеціалістів, які б могли допомогти знизити ризик захворюваності та темпи поширення інфекції. Так, недостатньою виявилася кількість дійсно працюючих в Україні епідеміологів, інфекціоністів, дезінфекціоністів, вірусологів, лікарів медицини невідкладних станів.

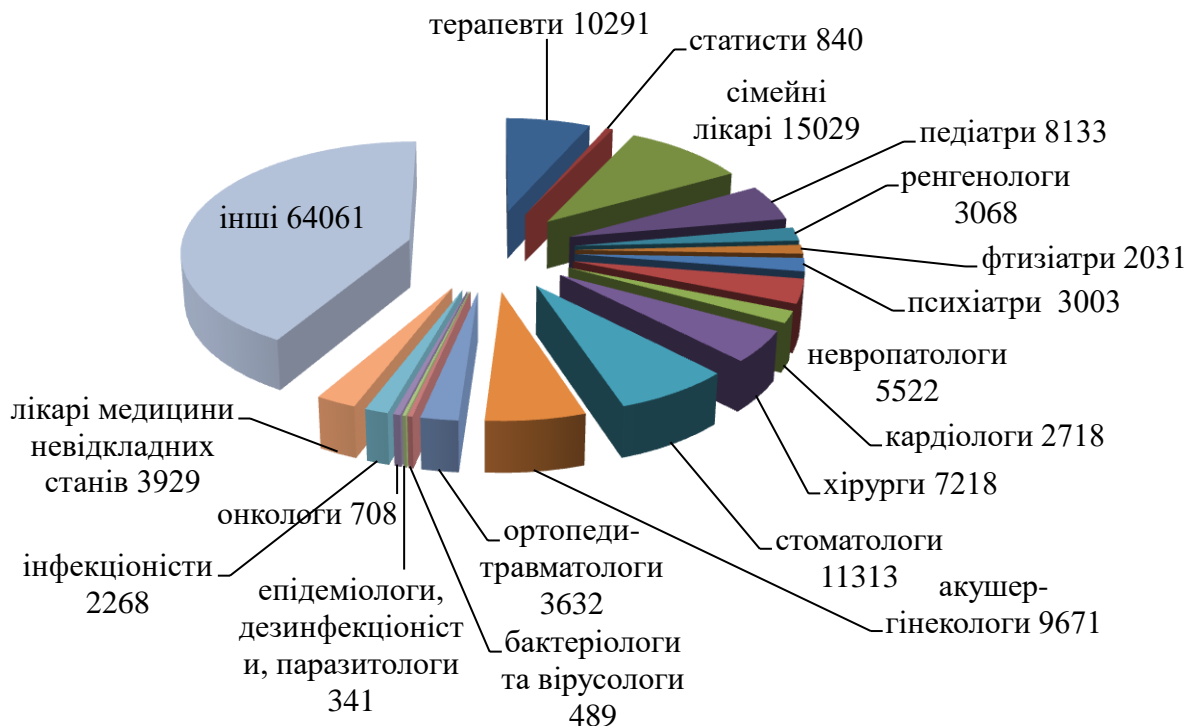


Рис. 2.1. Структура кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, 2019 р., осіб.

Джерело: побудовано автором за даними Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [17].

Кількість анестезіологів, хірургів, молодшого медичного персоналу є нерівномірно розподіленою за регіонам України, а отже у дефіциті за певними територіями. На рисунку 2.3. зображено структуру кадрового потенціалу системи охорони здоров'я за кількістю та розподілом на структурні складові молодших спеціалістів у закладах МОН у 2019 р.

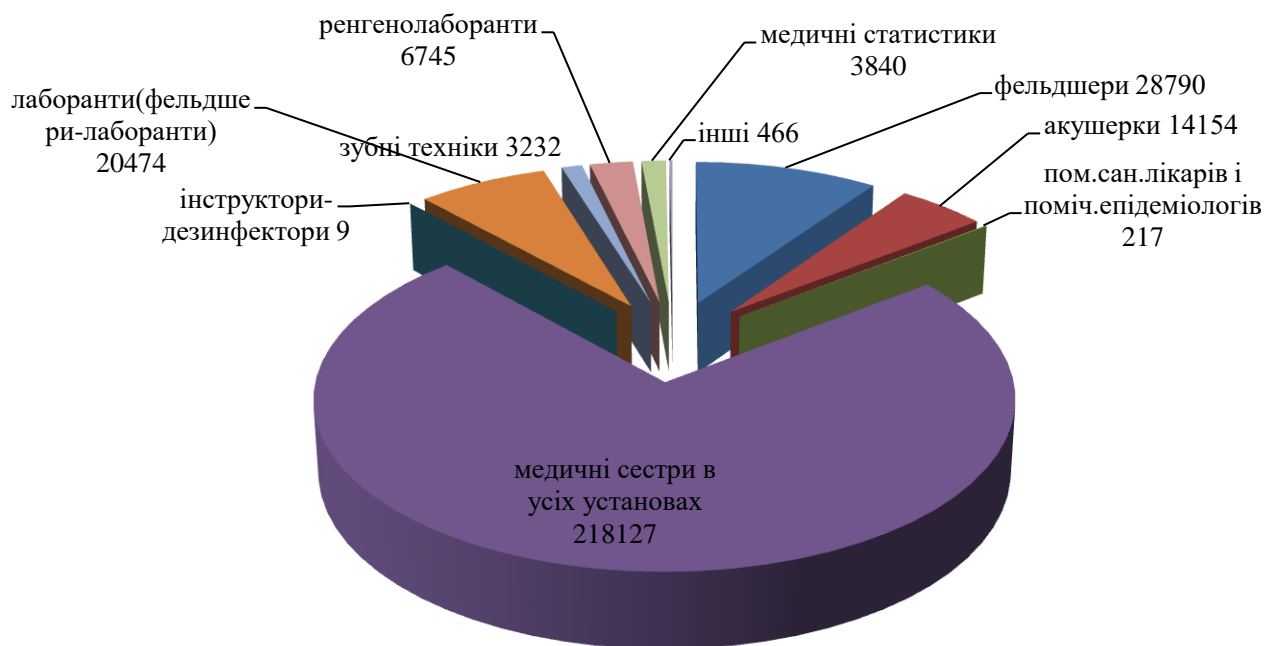


Рис. 2.2. Середній медичний персонал у закладах системи МОЗ України, 2019 р., осіб.

Джерело: побудовано автором за даними Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», 2019 р. [17].

З рисунку 2.3. видно, що найбільша частка у структурі середнього медичного персоналу припадає на показник «медичні сестри у всіх установах» (73,7%), другим та третім за кількістю персоналу є «фельдшери» (9,7%) та «лаборанти (фельдшери-лаборанти)» (6,9%) відповідно.

Реформа системи охорони здоров'я передбачала впровадження електронних систем eHealth, HELSI, eZdorovya та інших. Даний факт потребує

кількісне збільшення в структурі кадрового потенціалу позицій програмних та системних адміністраторів, набуття нових навичок медичного персоналу закладів системи охорони здоров'я у використанні новітньої техніки та програмного забезпечення.

Як бачимо з аналізу кадрового забезпечення національної системи охорони здоров'я, в Україні наявний достатньо потужний резерв спеціалістів, які є достатньо кваліфіковані, що підтверджує попит на них закордоном. Так, наприклад, в Польщі кількість стоматологів з України, які офіційно там проживають та працюють становить 20% від загальної кількості стоматологів Польщі.

Слід зазначити той факт, що протягом останніх 9-ти років спостерігається тенденція постійного відтоку кадрів з державного сектору медицини у приватний. Так, у 2010 р. у приватному секторі медицини працювали близько 12,5 тис. осіб медичного персоналу, то в 2017-му – понад 14 тис. осіб, а у 2018-му – практично 16,5 тис. осіб. Сьогодні в приватному секторі медицини України працює кожен десятий лікар. Переважним чином – це стоматологи (31% від загальної кількості медичних працівників у приватному секторі медицини), дерматовенерологи (17%), акушери-гінекологи (9%).

Із позитивних досягнень вітчизняної системи охорони здоров'я можна зазначити доступність медичної допомоги, зокрема й високоспеціалізованої – завдяки наявності відповідних фахівців. Водночас існують ризики погіршення в кількісному значенні та якісному контексті кадрового потенціалу з причини попиту закордоном, виникнення додаткових професійних небезпек, пов'язаних з пандемією COVID-19, тощо. Тому, вже сьогодні потрібно працювати над зменшенням рівня даних ризиків. В даній ситуації може зарадити тільки виважена кадрова політика та належне інфраструктурне забезпечення системи надання екстреної та запланованої медичної допомоги.

2.2. Сучасні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я

Сьогодні, в умовах нових викликів, які постали перед Україною у вигляді появи та поширення коронавірусної інфекції COVID-19, збереження та розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров'я є пріоритетним завданням та складовою національної безпеки. Тривалі об'єктивні та суб'єктивні труднощі призвели до серйозних кадрових проблем у системі охорони здоров'я, наявна кількість медпрацівників є недостатньою, триває відтік висококваліфікованих, досвідчених кадрів медичних закладів [14].

У галузі склалася негативна ситуація щодо оплати праці медичних працівників, рівень якої протягом багатьох років залишається нижчим від рівня заробітної плати працівників промисловості та інших. Саме тому важливою проблемою, пов'язаною з незадовільними соціальними гарантіями медикам, загрожує стати їх еміграція до інших країн. За даними профспілки медпрацівників України, щорічно з країни виїжджають закордон сотні лікарів. Сусідні країни, такі як Польща, на основі дефіциту кадрів в медичній сфері запровадили спрощену систему підтвердження кваліфікації лікарів із України. Лікарям не потрібно проходити нострифікацію дипломів.

У 2016 році з метою забезпечення покращення показників здоров'я нації та заощадження фінансів громадян, Уряд України визначив пріоритетним напрямом подальшого розвитку держави трансформацію системи охорони здоров'я. Трансформаційні зміни відбуваються за рахунок підвищення ефективності та модернізації усталеної застарілої системи. Так, визначальними цілями трансформації є поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості, впровадження до широкого (доступного) застосування сучасного діагностичного обладнання та обладнання для операцій, запуск урядової програми реімбурсації «Доступні ліки», зміни у фінансуванні системи охорони здоров'я.

Реформи в системі охорони здоров'я України не є швидкими. Виконання поставлених цілей в межах Стратегії реформування системи охорони здоров'я в

Україні на період 2015 – 2020 років – це лише перший і найскладніший етап трансформації. Ключовими агентами змін на сьогодні виступають новостворені Національна служба здоров'я України, Центр громадського здоров'я, ДП «Е-Health» (Електронне здоров'я), ДП «Медичні закупівлі України» (закупівля лікувальних препаратів за державний кошт через міжнародні організації та спеціалізовані глобальні фонди), Державний експертний центр (фармаконагляд) та інші інституції системи. Наразі є вкрай важливим забезпечити сталий розвиток даних інституцій з метою підвищення їхнього рівня спроможності та ефективності функціонування у подальшому інноваційному розвитку системи охорони здоров'я нашої держави.

Станом на 2016 рік національна система охорони здоров'я мала наступну характеристику:

- істотне відставання від європейських країн за показниками якості та тривалості життя, смертності (різниця між середньою тривалістю життя українця і жителя країн ЄС становила практично 10 років. (71,7 років – Україна та 81,9 – країни ЄС);

- низький рівень ВВП на душу населення, що унеможливило забезпечення необхідний рівень фінансування сфери охорони здоров'я;

- наявність жорсткого та централізованого управління та фінансування за моделлю Семашко, що призводила до розвитку корупції у системі охорони здоров'я, медичній освіті, системі закупівлі ліків тощо.

Доданком до вище зазначеного є низький економічний розвиток країни на фоні політичної дестабілізації в результаті російсько-української війни, яка триває з 2014 р. і несе небезпеку здоров'ю та життю громадян.

Протягом 2012-2017 рр. загальні видатки на охорону здоров'я в Україні становили в середньому 7,7% ВВП на рік (4,1% за рахунок державного бюджету та 3,6% за рахунок приватного сектору, переважно видатків домогосподарств). Слід зазначити, що бюджет системи охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями, є найнижчим (табл. 2.1).

Дані таблиці 2.1 свідчать про те, що щорічно (окрім 2016 р.) видатки на міністерство охорони зростали: реальний зріст у 2017 р. порівняно з 2016 р. становив 16, 22 млрд. грн.(на 30%), і у 2018 та 2019 відповідно до попередніх років – 10, 68(на 15,2%) та 10,78(на 13,3%) млрд. грн. Проте, якщо врахувати інфляційні процеси в країні, то номінальні значення видатків будуть значно менші, що означає меншу купівельну спроможність міністерства на ринку фармацевтичних препаратів, вакцин, на ринку праці та на інших ринках продукції та послуг, які пов’язані з роботою МОЗ.

Таблиця 2.1

Бюджет системи охорони здоров’я у порівнянні із іншими соціальними галузями, 2015-2019рр.

	2015 (млрд. грн)	2016 (млрд. грн)	2017 (млрд. грн)	2018 (млрд. грн)	2019 (млрд. грн)
МОЗ	55,58	54,01	70,23	80,91	91,69
МОН	66,29	62,39	76,06	85,82	101,85
Мінсоц	105,78	151,95	145,22	162,86	234,40
Пенсійний фонд	94,81	143, 01	133, 69	149, 97	166,51

Джерело: адаптовано автором на основі [15], [16, с. 7].

З метою переходу на нову систему фінансування було розроблено платформу для збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді – eHealth (система електронної охорони здоров’я), яка має на меті реалізовувати принцип «гроші ходять за пацієнтом», а також здійснювати аналіз динаміки стосовно стану здоров’я населення.

Слід зазначити ще одну проблему стосовно викривленого і неефективного розподілу грошей міністерства охорони здоров’я. Питання стосується корупційних схем та штучно обмеженої конкуренції, які призвели до затримок державних закупівель ліків першої необхідності та закупівлі препаратів за завищеними цінами. За даними СБУ, до 40% коштів, які виділяли на закупівлю ліків, витрачали неефективно (через схеми) та розкрадали [19, с.

9]. В результаті виявлення даних порушень, в березні 2015 р. Верховна Рада тимчасово передала функції із закупівель першочергових ліків міжнародним організаціям. У вересні 2015 році було прийнято рішення обрати такі організації: Програма розвитку ООН (ПРООН), Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Crown Agents. Зазначені організації продовжують партнерство з МОЗ, як провідні контрагенти.

Ще однією проблемною «діркою», через яку витікають бюджетні кошти, виділені на систему охорони здоров'я, є утримання міністерством охорони здоров'я 125 закладів із 300, які знаходяться в його розпорядженні. До даних закладів належать переважно санаторно-курортні, заклади охорони здоров'я та освітні заклади (бюджет фінансування даних закладів у 2018р. склав 5,8 млрд. грн.). Передбачається, що межах програми медичних гарантій кількість закладів в управлінні МОЗ буде скорочуватися шляхом їх передачі в управління муніципальних адміністрацій або шляхом реорганізації (ліквідації) закладів.

Таким чином, ефективність виконання державою своїх функцій в сфері охорони здоров'я залежить напряду від якості кадрового забезпечення даної сфери. Одним із потужних інструментів реформування є раціональна кадрова політика, яка забезпечує наповнення системи охорони здоров'я професійними кадрами, визначає мету, завдання, пріоритетні напрями та основні принципи роботи медичних закладів з кадрами, встановлює критерії їх оцінки, методи удосконалення їх професійних навичок, раціональне використання кадрового потенціалу України. Адже саме від наявності кадрів, їхньої професійної підготовки залежатимуть якість, ціна та своєчасність надання медичної допомоги.

Висновки до розділу 2.

1. Проаналізовано кадровий потенціал діючої системи охорони здоров'я України. Встановлено, що в загальній структурі системи охорони здоров'я за спеціальностями кількісно переважають терапевти, сімейні лікарі, стоматологи, хірурги. За гендерною ознакою в структурі кадрового потенціалу переважають жінки (63,7%). Чоловіки становлять практично третину кадрового потенціалу, або 36,3% станом на 31.12. 2019 р. В умовах сучасних екологічних та соціальних викликів виявилася недостатня кількість вузьких спеціалістів, які б могли допомогти знизити ризик захворюваності та темпи поширення інфекції COVID-19. Так, недостатньою виявилася кількість дійсно працюючих в Україні епідеміологів, інфекціоністів, дезінфекціоністів, вірусологів, лікарів медицини невідкладних станів. Найбільша частка у структурі середнього медичного персоналу припадає на показник «медичні сестри у всіх установах» (73,7%), другим та третім за кількістю персоналу є «фельдшери» (9,7%) та «лаборанти (фельдшери-лаборанти)» (6,9%) відповідно.

2. Визначено сучасні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я. У 2016 році з метою забезпечення покращення показників здоров'я нації та заощадження фінансів громадян, Уряд України визначив пріоритетним напрямом подальшого розвитку держави трансформацію системи охорони здоров'я. Трансформаційні зміни відбуваються за рахунок підвищення ефективності та модернізації усталеної застарілої системи. Так, визначальними цілями трансформації є поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості, впровадження до широкого (доступного) застосування сучасного діагностичного обладнання та обладнання для операцій, запуск урядової програми реімбурсації «Доступні ліки», зміни у кадровій та фінансовій складовій системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

СТРАТЕГІЯ УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Міжнародний досвід розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я

У світі існують різні практики щодо забезпечення систем охорони здоров'я кадрами. Це різні за тривалістю навчання та підходами схеми, які умовно можна розділити на наступні:

- європейський підхід зі вступом до університету після закінчення середньої освіти (школи);
- американський зі вступом до базового спеціалізованого коледжу а потім до університету (двоступенева медична освіта).

Порівняльний аналіз існуючих підходів підготовки медичних працівників в різних країнах світу виявив, що повний курс навчання майбутніх лікарів у більшості країн світу триває 6 років. Після закінчення навчання випускникам видається диплом і присвоюється лікарське звання, встановлене у цій країні (лікар, бакалавр медицини, ліценціат та кандидат медицини тощо). Право займатися самостійною лікарською практикою у більшості країн надається тільки після обов'язкового навчання в інтернатурі [28].

Особливістю післядипломної медичної освіти є те, що інтернатура використовується більше не для первинної спеціалізації у галузі певної медичної спеціальності, а для широко профільного клінічного стажування випускників медичних шкіл в університетських закладах та профільних навчальних центрах з метою набуття більш якісних професійних практичних навичок, які вони будуть використовувати у майбутній самостійній лікарській діяльності.

Незважаючи на істотні відмінності в підходах різних країн щодо навчання майбутніх спеціалістів сфери охорони здоров'я, схожим є те, що майбутні лікарі за час навчання послідовно проходять стажування переважно за трьома клінічними профілями (внутрішня медицина, загальна хірургія, акушерство та гінекологія), а також проходять окреме спеціальне стажування з первинної медичної допомоги. У США, Великобританії і Швеції подальша професійна підготовка медичних кадрів для набуття ними певної спеціальності (спеціалізації), має різні організаційні форми [27]. У тих небагатьох країнах, де отримання лікарського диплому після закінчення вищої медичної школи надає лікарям право на заняття загальною лікарською практикою, подальша професійна підготовка лікарів здійснюється шляхом їх участі в різних програмах удосконалення крім інтернатури. Первинна спеціалізація в Іспанії проходить через інтернатуру за профілем основної спеціальності. Більш вузька спеціалізація у рамках відповідного профілю (повторна спеціалізація) здобувається в резидентурі [31].

Строки отримання кваліфікації професійного спеціаліста за кордоном у певній медичній спеціальності триває значний термін часу. Слід також зазначити, що світова тенденція є наразі до збільшення строків навчання спеціалістів систем охорони здоров'я. Так, набуття спеціалізації, незалежно від методів та організаційних форм навчання у тій чи іншій країні, триває як мінімум 5-7 років. Тривалість навчання вузькопрофільного лікаря від моменту вступу до медичного коледжу і до отримання ним ліцензії, яка підтверджує право самостійної лікарської практики з набутої спеціальності складає у більшості країн 12-15 років.

Класичною для європейських країн можна вважати структуру медичної освіти Німеччини. У Німеччині функціонує 36 медичних факультетів, які частіше є частиною університетів. Контроль за сферою охорони здоров'я покладено на державні структури. Найвищим органом управління є федеральне міністерство охорони здоров'я та система міністерств охорони здоров'я

федеральних земель. Дані міністерства здійснюють контроль в системі освіти спеціалістів сфери охорони здоров'я.

Мінімальний обов'язковий термін медичного навчання у Німеччині становить 6 років, причому 2 роки доклінічного навчання та 4 роки клінічного навчання (де 1 рік становить засвоєння теоретичних аспектів, 2 роки – навчання, яке основана на клінічній практиці та 1 рік – це постійне тренування набутих практичних навичок в клінічних умовах). Після навчання, яке, як зазначалося, триває в середньому 6 років, слід відпрацювати мінімум 18 місяців в акредитованій лікарні. Всі стадії та процеси підготовки спеціалістів медичної сфери є обов'язковими та зарегламентованими.

Національна система медичної освіти, що склалася у Великій Британії, значною мірою відрізняється від інших європейських країн. В організаційному плані ця система має досить складну багатоступеневу структуру, яка в основному служить для післядипломної професійної підготовки (спеціалізації) лікарів. Випускник медичного факультету університету одержує лікарський диплом з одночасним присвоєнням університетського ступеня бакалавра медицини і бакалавра хірургії (MBBS – Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery) [14].

Отримання цього ступеня є підставою для попередньої реєстрації у Генеральній медичній раді і внесення прізвища власника диплома до Державного медичного реєстру з метою отримання тимчасового дозволу на лікарську практику. Право видачі аналогічних дипломів і присвоєння відповідних ступенів, крім університетів, мають також деякі медичні корпорації, такі, як Лондонська королівська колегія лікарів загальної практики, Англійська королівська колегія хірургів, Единбурзька колегія лікарів і хірургів тощо [31].

З 1964 року в Сполученому Королівстві діє обов'язкове однорічне стажування для всіх лікарів, які закінчили медичні школи, наприклад, для інтернів або резидентів однієї з спеціально призначених лікарень. В цей так званий рік попередньої реєстрації лікарі проходять навчання в області

внутрішньої медицини та хірургії. Тільки після проходження інтернатури лікарі отримують право пройти повну реєстрацію в Генеральній Медичній Раді і отримати законне право діяти незалежно в якості лікаря загальної практики. Імена всіх професіоналів, які пройшли повну реєстрацію, будуть внесені в медичний реєстр – офіційний список лікарів, які мають законне право вести медичну практику.

Загалом професійна підготовка лікаря-фахівця у Великобританії триває 7 років, і даний термін не враховує навчання, яке проходить майбутній спеціаліст в університеті (6 років) та інтернатурі (1 рік).

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

- дворічні медичні коледжі, у яких водночас із загально-освітньою підготовкою здійснюється домедична освіта;
- чотирирічні медичні коледжі, які дають середню спеціальну медичну освіту;
- вищі медичні навчальні заклади, які називаються медичними школами і в яких здійснюється додипломна лікарська освіта [29].

Така багаторівнева система надає можливість суттєво коригувати подальшу освіту майбутніх лікарів для вирішення проблеми профорієнтації, виходячи з їх інтересів, здібностей та можливостей, відіграє вирішальну роль у підвищенні якості підготовки.

3.2. Напрями вдосконалення механізму формування кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я України

Основна мета сучасної кадрової політики в системі охорони здоров'я є забезпечення високо професійними спеціалістами всіх ланок (первинної, вторинної, третинної). Сучасна кадрова політика організацій, які надають медичні послуги також має бути спрямована на ринкові умови господарювання.

Отже, пріоритетом кадрової політики в галузі охорони здоров'я є:

- вдосконалення системи аналізу, прогнозування соціально-економічних процесів та трудового капіталу;

- укомплектування кадрами системи охорони здоров'я відповідно до існуючих потреб з урахуванням результатів медичних, соціальних, економічних та демографічних прогнозів;

- вирішення проблем розвитку медичного бізнесу, державно-приватного партнерства, зайнятості та зниження рівня безробіття;

- надання соціальних гарантій праці, достойного конкурентоспроможного рівня заробітної плати, доходів.

Беручи до уваги відсутність чітко детермінованої державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, задля досягнення оптимальних результатів у реформуванні вітчизняної охорони здоров'я необхідно розробити і прийняти Концепцію кадрової політики сфери охорони здоров'я в Україні, реалізація даної концепції має включати наступні стратегічні цілі:

- модернізацію нормативно-правової бази та адаптації її до сучасних трендів міжнародного законодавства;

- розробку та впровадження дієвих методів та практик формування та реалізації кадрової політики;

- постійне навчання (підвищення кваліфікації) медичного персоналу відповідно до сучасних викликів (COVID-19) та тенденцій розвитку суспільства з метою швидкої адаптації та реакції щодо цих змін;

- створення системи мотивації та стимулювання медичного персоналу на основі змін нормативно-правового забезпечення, з урахуванням соціальних, економічних та екологічних складових;

- підвищення активності професійних асоціацій в участі формування кадрового потенціалу, запровадження професійної автономії у вирішенні кадрових проблем та кадрової політики на інноваційних засадах;

- розробка єдиних стандартів та регламентованих правил медичної допомоги та оцінка якості роботи;

- створення єдиного реєстру персоналу в системі охорони здоров'я;

- активна співпраця з міжнародними організаціями, зокрема ВООЗ, у галузі людських ресурсів сфери охорони здоров'я;

- проведення оперативного моніторингу та оцінки ефективності нових впроваджених заходів та відповідного вдосконалення нормативної бази залежно від результатів цих заходів;

- запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки та існування ризику у зв'язку з медичними процедурами;

- поступовий перехід до оптимальної системи кадрового забезпечення медичними спеціалістами відповідно до світових стандартів.

Серед цілей для досягнення зазначених стратегічних пріоритетів вважаємо за доцільне виокремити наступні:

1. Запровадження шестирівневої підготовки медичних та фармацевтичних фахівців: два рівні переддипломної підготовки (бакалаврат і магістратура), два рівні післядипломної підготовки (обов'язкова інтернатура та за конкурсною рейтинговою основою – резидентура за спеціальностями); два наукових освітніх рівні (доктор філософії (кандидат наук), та докторантура – доктор наук).

2. Приведення навчальних програм на переддипломному та післядипломному рівні до світових тенденцій відповідно до якості та тривалості навчання.

3. Удосконалення процесу видачі ліцензій щодо діяльності медичних та фармацевтичних фахівців структурами професійного самоврядування спільно з професійними асоціаціями. Для допуску до практики запровадити стандартизовані національні экзамени, які б відповідали європейським вимогам сертифікації фахівців в сфері охорони здоров'я.

4. Запровадження практики постійного навчання працівників медичної сфери (Continuous Medical Education) в контексті підвищення їх кваліфікації у відповідності до вимог часу. Згідно Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018

року № 302 [14] таке навчання є невід'ємною частиною розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, а для зручності може бути здійснено як в онлайн так і офлайн режимі.

Серед основних концептуальних засад доцільно виокремити такі.

1). *Модернізація нормативно-правової бази кадрової політики у сфері охорони здоров'я*

- модернізація облікової та звітної документації по персоналу в галузі охорони здоров'я, систем моніторингу та критеріїв оцінки якості медичного персоналу, розробка ефективних механізмів підвищення мотивації тощо.

- оптимізація реєстрів медичних працівників, виявлення питань залучення до цього питання професійних самоврядних організацій та делегування функцій планування та управління персоналом відповідно до усталеної світової та європейської практики.

2). *Удосконалення механізмів планування кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.*

Ефективне довгострокове планування кадрового забезпечення можливо лише за наявності достовірної інформації про кількість медичного персоналу (лікарів різної спеціалізації та іншого медичного персоналу) у регіональному розрізі та можливості мобільності персоналу у разі потреби.

3). *Вдосконалення системи мотивацій і стимулів.*

Серед пріоритетів модернізації кадрових механізмів в системі охорони здоров'я в Україні доцільно здійснити посилення системи мотивації та стимулювання. З метою реалізації даного напрямку необхідно:

- запровадити сучасні підходи оплати вартості медичних послуг та створення відповідних схем (в тому числі і бонусних) підвищення зарплати медичним кадрам в залежності від рівня кваліфікації, обсягів навантаження, якості, ступеня ризику та складності роботи;

- запровадити показники якості, процедуру анонімних анкет (відповідей) споживачів медичних послуг з метою визначення ступеня задоволеності громадян якістю цих послуг;

4). *Оптимізація якості підготовки медичних кадрів всіх ланок системи охорони здоров'я України.* Основними завданнями з оптимізації підготовки медичного персоналу є наступні:

- оптимізувати використання пільг при вступі до вищих медичних закладів (переможці олімпіад обласних центрів, області, країни, переможці конкурсів з таких дисциплін як хімія, фізика, математика мають прийматися до медичних навчальних закладів за спрощеною процедурою і на бюджетне забезпечення (з умовою відпрацювання не менше 10 років у державних закладах системи охорони здоров'я);

- впровадження під час медичної освіти великих блоків практичного засвоєння навчального матеріалу безпосередньо у закладах системи охорони здоров'я;

- вдосконалення механізмів підвищення якості підготовки персоналу за принципом «освіта протягом життя» для підтримки належного рівня кваліфікації, який відповідає сучасним вимогам суспільного розвитку;

- забезпечити необхідну спеціалізовану підготовку керівників медичних працівників, які можуть працювати в умовах, інтегрованих у глобальну співпрацю в контексті конкурентоспроможності науки та економіки.

Висновки до Розділу 3

1. Вивчення міжнародного досвіду кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в контексті формування кадрового потенціалу свідчить про різний підхід країн щодо формування кадрової політики в сфері охорони здоров'я. Проте всі вони сходяться в тому, що найважливішими є стратегічне планування медичної освіти за кількістю та якістю кадрів, соціально-економічна підтримка медичного персоналу. Проблема браку людських ресурсів в медичній галузі притаманна навіть розвинутим країнам, і навіть питання полягає не стільки в кількісному наповненні системи охорони здоров'я персоналом, а в дисбалансі профільних спеціалістів, тобто нестача вузькопрофільних тих чи інших спеціалістів в регіональному розрізі. З огляду на вище зазначене, в Україні потрібно застосовувати найкращі міжнародні практики у формуванні власної кадрової політики у галузі охорони здоров'я на основі своїх потреб та регіональних, соціально-економічних та інших національних особливостей.

2. Запропоновано напрями вдосконалення кадрової політики в системі охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції. Реалізація даної політики має ґрунтуватися на міжсекторальному підході до вирішення питань розвитку кадрового потенціалу медичної сфери та спиратися на загальнолюдські цінності. Одним з пріоритетних чинників ефективної державної (публічної) кадрової політики в системі охорони здоров'я повинна стати відповідна удосконалена стратегія подальшого розвитку системи охорони здоров'я, розроблена з урахуванням нових соціальних, екологічних та економічних викликів. Слід також зазначити, що в умовах децентралізації дуже важливим є підвищення взаємної суспільної відповідальності держави, громади та особистої відповідальності за створення системи заохочення до здорового способу життя, дотримання умов безпеки життєдіяльності та долучення до системи профілактики захворювань.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі розв'язано актуальну наукову і практично значущу Управління кадровим потенціалом в системі охорони здоров'я. Основні результати, що визначають наукову значимість та новизну кваліфікаційної роботи полягають у наступному:

1. Розкрито сутність кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я. На основі аналізу літературних джерел було сформовано авторське визначення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я: кадровий потенціал системи охорони здоров'я – це інтегрована сукупність здібностей осіб, зайнятих у системі охорони здоров'я, а також зареєстровані безробітні, які мають професійну підготовку, певну кваліфікацію, володіють відповідними компетенціями, іншими здібностями, кількісні та якісні характеристики яких (як реалізовані, так і наявні, але ще не мобілізовані) за умов відповідної мотивації та з урахуванням особливостей соціально-економічного розвитку забезпечують можливість здійснювати медичну діяльність (або з нею пов'язану) з максимальною ефективністю для здоров'я нації.

2. Визначено основні чинники формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України, а саме: якість освіти і науки в системі охорони здоров'я, економічна винагорода, альтернативний вибір (відтік спеціалістів закордон), кількість молодих спеціалістів. Встановлено, що кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі шляхом запровадження: більш якісної системи освіти медичних кадрів в контексті регулювання кількості майбутніх вузькопрофільних спеціалістів, яких не вистачає наразі (онкологи, вірусологи, епідеміологи) через державні замовлення, збільшення годин практики під час навчання; удосконалення системи оплати праці з метою залучення до спеціальності більшої кількості молодих людей та заохочення залишатися працювати в Україні.

3. Проаналізовано кадровий потенціал діючої системи охорони здоров'я України. Встановлено, що в загальній структурі системи охорони здоров'я за спеціальностями кількісно переважають терапевти, сімейні лікарі, стоматологи, хірурги. За гендерною ознакою в структурі кадрового потенціалу переважають жінки (63,7%). Чоловіки становлять практично третину кадрового потенціалу, або 36,3% станом на 31.12. 2019 р. В умовах сучасних екологічних та соціальних викликів виявилася недостатня кількість вузьких спеціалістів, які б могли допомогти знизити ризик захворюваності та темпи поширення інфекції COVID-19. Так, недостатньою виявилася кількість дійсно працюючих в Україні епідеміологів, інфекціоністів, дезінфекціоністів, вірусологів, лікарів медицини невідкладних станів. Найбільша частка у структурі середнього медичного персоналу припадає на показник «медичні сестри у всіх установах» (73,7%), другим та третім за кількістю персоналу є «фельдшери» (9,7%) та «лаборанти (фельдшери-лаборанти)» (6,9%) відповідно.

4. Визначено сучасні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я. У 2016 році з метою забезпечення покращення показників здоров'я нації та заощадження фінансів громадян, Уряд України визначив пріоритетним напрямом подальшого розвитку держави трансформацію системи охорони здоров'я. Трансформаційні зміни відбуваються за рахунок підвищення ефективності та модернізації усталеної застарілої системи. Так, визначальними цілями трансформації є поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості, впровадження до широкого (доступного) застосування сучасного діагностичного обладнання та обладнання для операцій, запуск урядової програми реімбурсації «Доступні ліки», зміни у фінансуванні системи охорони здоров'я.

5. Вивчення міжнародного досвіду кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в контексті формування кадрового потенціалу свідчить про різний підхід країн щодо формування кадрової політики в сфері охорони здоров'я. Проте всі вони сходяться в тому, що найважливішими є стратегічне планування медичної освіти за кількістю та якістю кадрів, соціально-

економічна підтримка медичного персоналу. Проблема браку людських ресурсів в медичній галузі притаманна навіть розвинутим країнам, і навіть питання полягає не стільки в кількісному наповненні системи охорони здоров'я персоналом, а в дисбалансі профільних спеціалістів, тобто нестача вузькопрофільних тих чи інших спеціалістів в регіональному розрізі. З огляду на вище зазначене, в Україні потрібно застосовувати найкращі міжнародні практики у формуванні власної кадрової політики у галузі охорони здоров'я на основі своїх потреб та регіональних, соціально-економічних та інших національних особливостей.

б. Запропоновано напрями вдосконалення кадрової політики в системі охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції. Реалізація даної політики має ґрунтуватися на міжсекторальному підході до вирішення питань розвитку кадрового потенціалу медичної сфери та спиратися на загальнолюдські цінності. Одним з пріоритетних чинників ефективної державної (публічної) кадрової політики в системі охорони здоров'я повинна стати відповідна удосконалена стратегія подальшого розвитку системи охорони здоров'я, розроблена з урахуванням нових соціальних, екологічних та економічних викликів. Слід також зазначити, що в умовах децентралізації дуже важливим є підвищення взаємної суспільної відповідальності держави, громади та особистої відповідальності за створення системи заохочення до здорового способу життя, дотримання умов безпеки життєдіяльності та долучення до системи профілактики захворювань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Беззубко Л. В. Трудовий і кадровий потенціал: монографія / Л. В. Беззубко, Л. О. Гончарова, Б. Г. Беззубко. – Донецьк: Норд Пресс, 2008. – 201 с.
2. Грیشнова О. А. Економіка праці та соціально-трудова відносини: підручник. – К.: Т-во «Знання», КОО, 2007. – 559 с.
3. Економіка праці та соціально-трудова відносини: навч. посіб. / Є. П. Качан, О. П. Дяків, В. М. Островерхов та ін.; за ред. Є. П. Качана. – К.: Знання, 2008. – 407 с.
4. The world health report 2006: working together for health. World Health Organization. Geneva. 2006. Режим доступу: <https://www.who.int/whr/2006/en/> (дата звернення 12.09.2020)
5. Health Systems Topics. World Health Organization. Geneva. Режим доступу: <https://www.who.int/life-course/topics/en/> (дата звернення 17.09.2020)
6. Гетьман О. О. Економіка підприємства: навч. посіб. / О. О. Гетьман, В. М. Шаповал – К.: ЦНЛ, 2010. – 448 с.
7. Калина А. В. Економіка праці: навч. посіб. для студ.вищ. навч. закл. – К.: МАУП, 2004. – 272 с.
8. Формирование кадрового потенциала отрасли: вопросы теории практики / А. С. Криклій. – К.:ИД «Репро-Графика», 2003. – 284 с.
9. Шевченко О. О. Дослідження проблем формування кадрового потенціалу промислового підприємства / О. О. Шевченко, І. С. Павлюченко // Вісник Київського національного університету технології та дизайну (КНУТД): збірник наукових праць. – 2009. – № 1. – С. 137–140.
10. Дудник С. Кадрова криза медичній галузі України не загрожує? Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/kadrova-kryza-medychnij-galuzi-ukrayiny-ne-zagrozhuye/> (дата звернення 25.09.2020).
11. Забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням. – Київ, 2014. – 192 с.

12. Носенко Т.П. Сутність кадрового потенціалу органів державного управління / Т.П. Носенко, Т.С. Антонова // Перспективи розвитку управлінських систем у соціальній та економічній сферах України: теорія і практика: IV Всеукраїнській студентській науково-практичній інтернет-конференції. – Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2020. – 560 с.

13. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті. 2013 рік. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 168 с.

14. Короленко В.В, Юрочко Т.П. Кадрова політика у К68 сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. – К., 2018. – 96 с.

15. Статистичний бюлетень «Національні рахунки охорони здоров'я України». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_nroz_bl.htm

16. МОЗ України: Що було, є і буде. Міністерство охорони здоров'я України. – К.: МОЗ, 2019. – 68 с., с. 7

17. Українська база медико-статистичної інформації. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=242>

18. Магдич Н. Б. Визначальні чинники публічного управління розвитком системи охорони здоров'я в Україні/ Н.Б. Магдич, Т. С. Антонова // Механізми управління розвитком територій: зб. наукових праць. Житомир: Поліський національний університет, 2020. 352 с.

19. *Кравчук І. І.* Удосконалення управління персоналом закладів охорони здоров'я /І. І. Кравчук, О. Ф. Присяжнюк, О. Б. Веселовський// Ефективна економіка. – 2020 – № 2. Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7626> (дата звернення 21.09.2020)

20. Структура та підрозділи МОЗ. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/struktura#!popup-103> (дата звернення 03.09.2020 р.).

21. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – 424 с., с 5.

22. Flores-Mateo G; Argimon JM. Evidence based practice in postgraduate healthcare education: A systematic review. BMC Health Serv Res 2007; 7: 119.

23. Van Zanten M, Norcini J.J, Boulet J.R, Simon F. Overview of accreditation of undergraduate medical education programmers worldwide Med Educ. 2008 Sep;42(9):930-7

24. Soria M, Guerra M, Gimenez I, Escaenro JF. La decision de estudiar medicina: características. Educacion Medica. 2006;9(2):91-97. <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9n2/original4.pdf>. Accessed March 7, 2016.

25. . Цілі сталого розвитку 2016-2030. Організація Об'єднаних Націй в Україні. Режим доступу: un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku (дата звернення 12.09.2020)

26. Носенко Т.П. Сутність кадрового потенціалу органів державного управління / Т.П. Носенко, Т.С. Антонова // Перспективи розвитку управлінських систем у соціальній та економічній сферах України: теорія і практика: IV Всеукраїнській студентській науково-практичній інтернет-конференції. – Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2020. – 560 с.

27. Поляченко Ю.В. та ін. Медична освіта у світі та в Україні. – К., “Книга плюс”: 2005. – 384 с.

28. Van Zanten M, Norcini J.J, Boulet J.R, Simon F. Overview of accreditation of undergraduate medical education programmes worldwide Med Educ. 2008 Sep;42(9):930-7

29. Marsden JS. An insider's view of the American and UK medical systems. *The British Journal of General Practice*. 2006 – 56(522):60-62.

30. Dezee K.J, Artino A.R, Elnicki D.M, Hemmer P.A, Durning S.J. Medical education in the United States of America *Med Teach*. 2012;34(7):521-5.

31. Короленко В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. – К., 2018. - 96 с

32. Marsden J.S. An insider's view of the American and UK medical systems. *The British Journal of General Practice*. 2006;56(522):60-62.

33. Антонова Т.С. Сучасні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я / Т.С. Антонова // Інструменти і практики публічного управління в контексті децентралізації: Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 23 червня 2020 року. – Житомир: ЖНАЕУ, 2020. – 460 с.

34. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні за 2017 рік. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Shchorichna%20dopovid/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C.2017.pdf>

35. Mihajlo B. Jakovljevic, Olivera Milovanovic. *Growing Burden of Non-Communicable Diseases in the Emerging Health Markets: The Case of BRICS Front Public Health*. – 2015.

36. Слабкий Г.О. Сучасний портрет керівника закладу охорони здоров'я// Г.О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Ю.Б. Яценко, М.В. Шевченко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – №1. – с. 44-49.

37. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія]. – К., 2014. – 312 с.

38. Alderslade R. *Health in all Policies. The Argument for Investment in Equitable Health* / R. Alderslade, B. Retus, S. Smith. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2011. Режим доступу:

http://phobe.vrn.gov.lv/misc_dbweb.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15ab/0d112aafd0abe72c22575b0003093b9/TILE/Ricard%20Alderslade_3data.pdf.

39. Тычинок-Соломко И. Айболитов бізнес / И. Тычинок-Соломко // Корреспондент, 2005. – №7 (146). – с. 48-49.

40. Антонюк С. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України (на прикладі надання населенню стоматологічної допомоги) / С. Антонюк, Я. Радиш // Вісник НАДУ, 2005. – № 2. – с. 147-152.

ДОДАТКИ