

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ КОРАБЛЕБУДУВАННЯ
імені адмірала Макарова



Навчально-науковий центр заочної та
дистанційної освіти

Кафедра менеджменту

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

до дипломної роботи

магістр

Тема: УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМИ РЕСУРСАМИ
В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконав: студент VI курсу, групи 6435мз
спеціальності 073“Менеджмент”

Андрущенко Андрій Миколайович

Керівник: Трушлякова А.Б.

Рецензент: Запорожець І.М.

Миколаїв – 2020 р.

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Навчально-науковий центр заочної та дистанційної освіти

Кафедра менеджменту

Освітньо-кваліфікаційний рівень - *магістр*

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Освітня програма «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри менеджменту

«___» _____ 2020 року

ЗАВДАННЯ

Андрущенко Андрію Миколайовичу

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доцента Трушлякової А.Б.

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМИ РЕСУРСАМИ

В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

затверджену наказом ректора НУК від «___» _____ 20__ року № ___

2. Термін подачі роботи на попередній захист _____

3. Вихідні дані методичні рекомендації щодо виконання магістерської роботи, підручники з теми досліджень, статистична звітність підприємства, періодичні видання, інтернет ресурси

4. Перелік питань, які підлягають вивченню 1 Теоретичні основи управління кадровими ресурсами в системі охорони здоров'я 2 Аналіз кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я 3 Розвиток кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я 4. Охорона праці

5. Перелік графічного матеріалу: Зміст і наповнення посадової інструкції, Вступ громадян України на основні медичні спеціальності, Вступ на бакалаврат/магістратуру осіб, «Сестринська справа», Завдання ситуаційного аналізу щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я в Україні, Абсолютна кількість лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору Географічний розподіл щільності лікарів та середнього медичного персоналу за національним обліком Основні нефінансові стимули та мотиватори Кількість випадків на одного лікаря за рік у стаціонарах

6. Консультанти спеціальних розділів:

Найменування	Прізвище, ініціали та посада	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4. Охорона праці	_____		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК виконання кваліфікаційної роботи

№ п/п	Етапи виконання кваліфікаційної роботи магістранта	Термін
1	Визначення наукового керівника роботи	Вересень
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	Вересень
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	Вересень
4	Збір статистичної інформації в термін проходження практики на базовому підприємстві (установі, організації)	За планом кафедри
5	Вивчення друкованих та електронних джерел, економічних реалій, методичних та наукових видань з теми роботи	Вересень
6	Систематизація інформації та складання розгорнутого плану роботи, затвердження його науковим керівником	Вересень
7	Розробка теоретичного розділу	Жовтень
8	Розробка аналітичного розділу	Жовтень
9	Розробка проектного розділу	Жовтень
10	Розробка четвертого розділу	Жовтень
11	Розробка вступу, висновків, списку використаної літератури та додатків	Листопад
12	Редагування рукопису роботи магістра та ознайомлення з ним наукового керівника	Листопад
13	Розробка проекту автореферату роботи	Грудень
14	Розробка проекту демонстраційного матеріалу та доповіді	Грудень
15	Усунення зауважень наукового керівника та завершення роботи	Грудень
16	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, автореферату, демонстраційного матеріалу та доповіді на попередній захист	За планом кафедри
17	Подання роботи і автореферату рецензенту та отримання рецензії	Грудень
18	Захист роботи перед ДЕК	За планом кафедри

Науковий керівник Трушлякова А.Б. / _____ /Магістрант Андрущенко А. М. / _____ /

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі Андрущенко Андрія Миколайовича на тему «Управління кадровими ресурсами в системі охорони здоров'я» розкрито теоретичні основи управління кадровими ресурсами в системі охорони здоров'я. Проведено аналіз кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я. Вдосконалено механізм розвитку кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я. Метою магістерської роботи є проведення ситуаційного аналізу та визначення поточного стану кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України (КРОЗ), визначити прогалини та пріоритетні потреби, а також запропонувати шляхи зміцнення потенціалу КРОЗ. Об'єктом дослідження є процеси функціонування кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я. Предметом дослідження є теоретико-методичні засади кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я.

Ключові слова: управління, кадрові ресурси, система охорони здоров'я, посадова інструкція, лікар, середній медичний персонал, нефінансові стимули, мотивація

SUMMARY

Andrushchenko A. M. master's thesis on "Human Resources Management in the Healthcare System" reveals the theoretical foundations of human resources management in the healthcare system. An analysis of human resources in the health care system. The mechanism of human resources development in the health care system has been improved. The purpose of the master's thesis is to conduct a situational analysis and determine the current state of human resources of the health care system of Ukraine (CROC), to identify gaps and priority needs, as well as to suggest ways to strengthen the capacity of the CRC. The object of research is the processes of human resources functioning in the health care system. The subject of the research is the theoretical and methodological principles of human resources in the health care system.

Keywords: management, human resources, health care system, job description, doctor, paramedical staff, non-financial incentives, motivation

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМИ РЕСУРСАМИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Система управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я (КРОЗ). Методи управління	9
1.2. Освіта і професійний розвиток медичних працівників	15
1.3. Безперервний професійний розвиток медичних працівників	31
1.4. Планування і рекрутинг медичних працівників	36
Висновки до розділу	1
.....	40
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	41
2.1. Методичні аспекти проведення оцінки кадрового ресурсу системи охорони здоров'я	41
2.2. Статистичний профіль медичних працівників. Щільність і загальна динаміка змін	46
2.3. Структура медичних працівників за рівнем допомоги та спеціальністю	51
Висновки до розділу 2	58
РОЗДІЛ 3 РОЗВИТОК КАДРОВИХ РЕСУРСІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	59
3.1.Оцінка ефективності діяльності персоналу	59

3.2. Стимули і мотивація медичних працівників	68
3.3. Робоче навантаження і раціональність використання кадрових ресурсів. Оцінки робочого навантаження	73
Висновки до розділу 3	77
РОЗДІЛ 4 ОХОРОНА ПРАЦІ	78
ВИСНОВКИ	93
ЛІТЕРАТУРА	95

ВСТУП

Актуальність теми. Кадрові ресурси є основою системи охорони здоров'я. На міжнародному рівні регулярно лунають заклики щодо необхідності мати національні стратегії розвитку та зміцнення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я (КРОЗ), оскільки забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку суттєвою мірою залежить від КРОЗ, зокрема їх відповідності потребам населення, а також прийнятності та якості послуг, які вони надають. Усі країни тією чи іншою мірою стикаються з проблемами освіти, залучення, утримання та продуктивності медичних працівників. В Україні працівники закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) і майбутні медичні кадри мають додатковий тиск через необхідність адаптації до змін, які відбуваються в рамках реформи охорони здоров'я.

З березня 2018 р. змінилася модель фінансування ЗОЗ: було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип медичної реформи – «Гроші йдуть за пацієнтом». Цей принцип передбачає фінансування наданих послуг замість старої системи розподілу бюджету за прикріпленням населенням та кількістю ліжко-місць. Суттєво змінилася система підвищення кваліфікації лікарів. Поступово розвивається електронна система обліку медичних послуг. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» надає технічну допомогу для створення прозорої, підзвітної та ефективної системи охорони здоров'я, яка здатна задовольнити потреби українського народу. Посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України є одним з пріоритетних завдань і є актуальним питанням для написання магістерської роботи.

Зв'язок роботи з науковими темами. Магістерська робота входить до плану науково-дослідних робіт кафедри менеджменту та є складовою

частиною наукової теми «Розвиток корпоративної інформаційної системи в управлінні регіональним кластером морського сервісу»

Мета і завдання дослідження. Метою магістерської роботи є проведення ситуаційного аналізу та визначення поточного стану кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України (КРОЗ), визначити прогалини та пріоритетні потреби, а також запропонувати шляхи зміцнення потенціалу КРОЗ.

Для вирішення поставленої мети були поставлені завдання:

- провести дослідження теоретичних основ управління кадровими ресурсами в системі охорони здоров'я;
- провести аналіз методичних аспектів проведення оцінки кадрового ресурсу системи охорони здоров'я;
- розробити статистичний профіль медичних працівників;
- провести аналіз структури медичних працівників за рівнем допомоги та спеціальністю;
- провести оцінку ефективності діяльності персоналу;
- розробити механізм стимулів і мотивації медичних працівників.

Об'єктом дослідження є процеси функціонування кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретико-методичні засади кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я.

Методи дослідження. У ЗОЗ, які реорганізовано в КНП у рамках медичної реформи, замість нормативного підходу відповідно до Єдиної тарифної сітки впроваджується договірна система оплати праці персоналу та посилюється роль колективного договору, яким визначаються форми і системи оплати праці, норми праці, розміри фінансових і нефінансових стимулів. Адміністративні методи управління КРОЗ закріплено у статуті ЗОЗ, положенні про ЗОЗ та його структурні підрозділи, посадових інструкціях персоналу ЗОЗ і правилах внутрішнього трудового розпорядку. Практика стратегічного планування в ЗОЗ лише починає запроваджуватися.

У ЗОЗ не практикується регулярна формалізована оцінка соціально-психологічного стану медичного персоналу, оцінка мотивації персоналу.

Інформаційною базою дослідження слугували законодавчі та нормативно-правові акти, матеріали Державного комітету статистики України, дані анкетного опитування керівників охорони здоров'я, офіційні звіти міжнародних організацій, офіційні публікації з питань кадрових ресурсів закладів охорони здоров'я, матеріали наукових конференцій та ін.

Наукова новизна одержаних результатів. набули подальшого розвитку: механізми управління кадровими ресурсами в системі охорони здоров'я, на основі аналізу освіти та професійного вдосконалення за рівнем допомоги та спеціальністю медичних працівників, для відповідних викликів та змін в системі охорони здоров'я

Практичне значення результатів полягає в тому, що теоретичні та методичні положення магістерської роботи доведено до рівня конкретних рекомендацій, що спрямовані на вдосконалення механізмів управління кадровими ресурсами в системі охорони здоров'я.

Особистий внесок здобувача полягає у визначенні теоретичних основ кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я. Автор здійснив розробку і практичну реалізацію оцінки ефективності діяльності персоналу, визначив механізм мотивації медичних працівників.

Структура і обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку літератури. Обсяг роботи - 100 стор., – 8 таблиць, – 21 рисуноків. Список використаних джерел – 53 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМИ РЕСУРСАМИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Система управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я (КРОЗ). Методи управління

Ефективність системи охорони здоров'я загалом та функціонування окремих закладів значною мірою залежить від практики менеджменту людських ресурсів. Існує значна кількість методів менеджменту персоналу, які традиційно поділяють на три групи за типом впливу:

- економічні – система прийомів та методів впливу на виконавців за допомогою конкретного порівняння витрат і результатів;
- адміністративні – реалізуються за допомогою організаційно-розпорядчих методів прямого впливу, що носять директивний, обов'язковий характер;
- соціально-психологічні – способи управлінського впливу на персонал для формування установок щодо трудової діяльності та творчої активності.

Економічні методи впливу на персонал включають матеріальне стимулювання і санкції. Основним мотиваційним чинником, як правило, є заробітна плата; важливу роль також відіграє система виплат, надбавок, пільг тощо [19]. В державних і комунальних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) тривалий час застосовувалась Єдина тарифна сітка, що визначає уніфіковані розміри посадових окладів, види доплат і надбавок. Крім того, існують нормативні акти, що визначають спеціальні умови оплати праці на рівні первинної та екстреної медичної допомоги, особливі умови оплати праці при роботі з певними захворюваннями (такими як ВІЛ-інфекція і туберкульоз).

Для медичних фахівців, які працюватимуть у сільській місцевості, можливе отримання додаткових стимулів або мотиваційних пакетів від місцевих органів влади.

З початком переходу на нову систему фінансування медичних послуг комунальні ЗОЗ змінюють організаційно-правову форму на комунальні некомерційні підприємства (КНП), що впливає на підходи до оплати праці. Замість Єдиної тарифної сітки комунальні некомерційні підприємства мають застосовувати договірну систему оплати праці персоналу, що буде регулюватися Кодексом законів про працю, законами «Про оплату праці» та «Про колективні договори». МОЗ зазначає, що ЗОЗ після його перетворення на КНП переходить до сфери договірного регулювання, тому першочерговим завданням є укладення колективного договору, в якому визначаються форми і системи оплати праці, норми праці, розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат [24].

Рекомендовано, щоб оплата праці лікаря базувалась на результатах його індивідуальної роботи, враховувала конкуренцію на ринку. Водночас необхідно суворо дотримуватися державних гарантій у сфері оплати праці, зокрема стосовно забезпечення виплати мінімальної заробітної плати. Місцевий орган влади – власник КНП має додатково забезпечити за рахунок місцевих бюджетів рівень оплати не нижчий, ніж зазначено в Єдиній тарифній сітці.

Профспілка працівників охорони здоров'я акцентує увагу на дотриманні чинного законодавства та визначених мінімальних державних гарантій щодо оплати праці медичних працівників, а також визнає протиправним одноосібний перегляд колективних договорів, якщо це призводить до погіршення оплати праці. Позиція профспілки полягає в тому, що «держава має встановити єдині для всієї України економічно обґрунтовані мінімальні гарантії в оплаті праці й надати роботодавцям можливість самостійно встановлювати додаткові матеріальні стимули для

працівників у межах конкретного закладу, населеного пункту, територіальної громади на підставі системи колективних договорів і територіальних (регіональних) угод».

Керівники КНП – ЗОЗ первинної ланки зазначають, що у зв'язку із запровадженням нової моделі фінансування лікарі усвідомлюють, що завдяки кількості підписаних декларацій з пацієнтами «вони залучають гроші на функціонування закладу». Отже, таким чином сімейні лікарі можуть впливати на рішення щодо рівня оплати праці інших медичних працівників, доцільності окремих посад та інших питань [32].

Адміністративні методи тісно пов'язані з економічними і запроваджуються перед економічними. На відміну від економічних методів, які спираються на економічні інтереси людей, адміністративні засновані на почутті обов'язку, дисципліні, розумінні можливості покарання. В ЗОЗ комунальної та державної форм власності існує низка внутрішніх документів, які визначають процес управління закладом загалом та персоналом:

- Статут ЗОЗ є першим юридичним документом, який визначає мету й головні завдання закладу охорони здоров'я, затверджується власником (відповідним органом влади або його уповноваженим органом).
- Положення про ЗОЗ та його структурні підрозділи є нормативним документом, що видає або орган влади – власник ЗОЗ, або керівник закладу.
- Керівництво закладу охорони здоров'я включає керівні посади та/або органи управління закладу охорони здоров'я. Традиційно закладом охорони здоров'я керував головний лікар, але з 2019 р. розмежовано повноваження та відповідальність щодо управління ЗОЗ: управління адміністративного-господарськими питаннями покладається на директора, а керівництво процесом надання якісної медичної допомоги – на медичного директора.
- Посадова інструкція персоналу ЗОЗ – документ, що визначає організаційно-правове становище працівника в структурному підрозділі та умови для його ефективної роботи.

- Правила внутрішнього трудового розпорядку є обов'язковим внутрішнім нормативним документом ЗОЗ, який регламентує організацію праці і є частиною колективного договору.

В умовах реформування системи фінансування охорони здоров'я, що передбачає запровадження ринкових механізмів та змін у формуванні штатного розпису, порядку оплати праці, колективні договори набувають особливого, нового значення в аспекті управління персоналом закладу охорони здоров'я. Колективний договір може встановлювати додаткові гарантії для працівників та відповідні зобов'язання з їхнього боку перед адміністрацією [51].

Слід зазначити, що при розробці посадових інструкцій керівник ЗОЗ або уповноважений ним орган не може змінювати кваліфікаційні вимоги до посади в частині освіти і наряду підготовки, передбачені кваліфікаційною характеристикою цієї посади. Але за потреби завдання та обов'язки, включені до типової кваліфікаційної характеристики, можуть розподілятися між окремими виконавцями. Коло завдань та обов'язків окремих працівників може бути розширено за рахунок доручення їм робіт, передбачених для різних груп посад, рівних за складністю, виконання яких не потребує іншої спеціальності або кваліфікації (Рис. 1). Отже, в посадовій інструкції теоретично можна покласти на лікаря функції медсестри, але не навпаки.

Як показали експертні інтерв'ю, в ЗОЗ обов'язково є персоналізовані посадові інструкції на всі посади штатного розпису. При цьому суворо контролюється їхній зміст щодо відповідності кваліфікаційним вимогам до посадових інструкцій працівників. Це зумовлено необхідністю виконання ЗОЗ Вимог до акредитації ЗОЗ, відповідно до яких один раз на п'ять років оцінюються наявність, зміст і своєчасність оновлення посадових інструкцій.



Рисунок 1. Зміст і наповнення посадової інструкції
медичного працівника в Україні

Джерело: Збірник уніфікованих форм організаційно-розпорядчих документів (протокол Методичної комісії Держкомархіву України від 20.06.2006 № 3)

Соціально-психологічні методи допомагають визначити роль та місце працівника в колективі, виявити й підтримати лідерів, забезпечити ефективні комунікації, відвернути або вирішити конфлікти, що, в свою чергу, сприятиме нематеріальній мотивації працівника та результатам його роботи.

Психологічні методи використовуються для створення найбільш сприятливого психологічного клімату в колективі, зазвичай вони спрямовані на конкретну особистість, її внутрішній світ, почуття, цінності, орієнтири поведінки.

У ЗОЗ здійснюються певні заходи, що мають соціально-психологічний вплив на працівників. Колективні договори містять положення щодо соціального захисту медичних працівників та створення сприятливого психологічного впливу, наприклад, проведення культурно-масових, фізкультурних та оздоровчих заходів, покращення умов праці [21].

Переважна більшість «невдоволених» своєю роботою лікарів мають синдром вигорання (65%), але ця проблема також настає «задоволених» медичних працівників (40% мають синдром вигорання)⁹⁶. Респонденти з синдромом професійного вигорання демонстрували «переживання психотравматичних обставин» (46%), «редукцію професійних обов'язків» (38%), «деперсоналізацію» (35%), «розширення сфери економії емоцій» (30%), «неадекватне вибіркоче емоційне реагування» (27%).

Професійне вигорання медичних працівників дуже повільно визнається як проблема, але звертає увагу те, що інформація та поради переважно орієнтують лікаря з професійним вигоранням на самостійне діагностування та психорегуляцію [26].

Перспективи талант-менеджменту. Підхід «талант-менеджмент» став відомим у 1990-х роках після звіту міжнародної консалтингової кампанії Маккінсі «Війна за таланти», хоча ідея формування та розвитку творчого потенціалу співробітників, впровадження творчих стимулів просувалась у різних бізнес-організаціях за кілька років до публікації звіту. Розуміння й термінологія талант-менеджменту ще досі формуються, зокрема для галузі охорони здоров'я. У джерелах підхід талант-менеджменту переважно розглядається у двох аспектах:

- 1) здатність організації залучати, утримувати та створювати таланти;
- 2) процес управління «особливими», талановитими співробітниками.

Талант-менеджмент включає кілька компонентів: пошук і наймання талантів, управління на основі результатів, навчання та розвиток талантів, менеджмент винагород та компенсацій. Талант-менеджмент не замінює собою менеджмент людських ресурсів, оскільки кількість талантів є невеликою (за даними досліджень – 3–5%¹⁰⁰), проте створення особливих умов і технологій управління талановитими працівниками дозволяє

організації досягати більших і кращих результатів діяльності відповідно до стратегії.

Наявність стратегічного плану як основа для планування талант-менеджменту є обов'язковою умовою. Водночас, практика стратегічного планування в ЗОЗ лише починає запроваджуватися. Деякі українські ЗОЗ бюджетного сектору вже розробили документи, що містять місію, цілі та окремі розділи стратегічного плану, але це не можна вважати сталою практикою у сфері охорони здоров'я. Без розуміння стратегії ЗОЗ важко визначити, на які критичні посади важливо залучити таланти.

Залучення талантів в організацію відбувається двома шляхами: «купівлі» або «вирощування» талановитого фахівця. У зв'язку з переходом на нову модель фінансування та створення ринкових умов є підстави вважати, що керівники будуть більш гнучкими щодо пропонування талановитому працівнику цікавих та конкурентоспроможних умов. «Вирощування» талантів ще не практикується як усвідомлена стратегія управління людськими ресурсами, але керівники комунальних ЗОЗ, приймаючи на роботу інтернів та молодих лікарів за розподілом, придивляються до них, за можливості підтримуючи їх професійний ріст і просування [36].

Нарешті, відсутня практика оцінки ефективності «талантів», яка б дозволила оцінити внесок таланту в досягнення цілей стратегічного плану; це видається логічним з огляду на відсутність стратегічних цілей на рівні ЗОЗ.

1.2. Освіта і професійний розвиток медичних працівників

Кваліфікаційною вимогою для працевлаштування на посади керівників, професіоналів, фахівців у закладах охорони здоров'я в Україні є вища медична освіта рівня магістра (раніше – спеціаліста), для окремих посад – медична освіта рівня бакалавра або молодшого спеціаліста. Підготовка медичного персоналу здійснюється за спеціальностями галузі знань 22

«Охорона здоров'я». Основними за кількістю студентів і важливістю для підготовки професіоналів, фахівців і середнього медичного персоналу спеціальностями цієї галузі є:

- 221 «Стоматологія»;
- 222 «Медицина»;
- 223 «Медсестринство»;
- 226 «Фармація, промислова фармація»;
- 228 «Педіатрія».

Особливостям підготовки медсестер за спеціальністю 223 присвячено розділ «Навчання медичних сестер». Інші чотири спеціальності (221, 222, 226, 228) є програмами так званої «наскрізної магістратури», що означає, що на них вступають абітурієнти на основі повної загальної середньої освіти або медичної освіти рівня молодшого спеціаліста, і впродовж навчання вони не одержують диплома бакалавра. За спеціальністю 226 також існують програми підготовки бакалаврів, які згодом можуть вступити в магістратуру.

Тривалість навчання магістрів на основі повної загальної середньої освіти становить: за спеціальностями «Медицина» і «Педіатрія» – шість років; за спеціальностями «Стоматологія» і «Фармація, промислова фармація» – п'ять років. Для вступників на основі диплома молодшого спеціаліста медичної спеціальності вказана тривалість скорочується на один рік. Підготовка лікарів, педіатрів і стоматологів провадиться тільки за денною формою навчання [17].

Студенти медичних спеціальностей на третьому курсі складають ліцензований інтегрований іспит «Крок-1», а на останньому курсі — «Крок-2». Іспити «Крок» складаються вже близько 20 років, їх адміністрування здійснює Центр тестування при МОЗ України. У 2018 р. Уряд прийняв постанову, згідно з якою «атестація здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я» здійснюється у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту». Іспити «Крок» стали однією зі

складових частин ЄДКІ. Інші складові ЄДКІ, запроваджені з 2019 р.: складання студентами третього курсу спеціальностей «Медицина» і «Педіатрія» міжнародного іспиту з основ медицини (фундаментальні дисципліни); складання студентами третього курсу спеціальностей «Стоматологія», «Медицина», «Медична психологія», «Фармація, промислова фармація», «Педіатрія» іспиту з іноземної мови професійного спрямування. Вказаною постановою також передбачено складання студентами спеціальностей «Стоматологія», «Медицина» і «Педіатрія» останнього року навчання, окрім іспиту «Крок-2», міжнародного іспиту з основ медицини (клінічні дисципліни) та практичного (клінічного) іспиту; станом на 2019 р. це рішення не імплементовано.

Медична магістратура зазвичай не передбачає підготовки студентами магістерської дипломної роботи. Після закінчення магістратури лікарі, стоматологи, фармацевти мають пройти підготовку в медичній інтернатурі, яка залежно від спеціальності триває від одного до трьох років [43].

Основні тенденції та новації в додипломній підготовці лікарів в Україні за останні два-три роки:

- підвищення вимог до рівня підготовки абітурієнтів;
- підготовка до приведення освітніх програм у відповідність до міжнародних вимог;
- запровадження обов'язкового міжнародного іспиту з основ медицини для студентів-медиків;
- стрімке зростання кількості іноземних студентів, які здобувають медичну освіту в українських закладах вищої освіти (ЗВО);
- одержання ліцензій на право навчання лікарів непрофільними (як державними, так і приватними) ЗВО;
- створення нової спеціальності 229 «Громадське здоров'я» (у 2018 р. на бакалаврат за цією спеціальністю вступило 13 осіб, у магістратуру не вступив ніхто). Станом на червень 2019 р. ліцензії на право підготовки

фахівців цієї спеціальності на рівнях бакалавра, магістра або доктора філософії одержали 14 закладів;

- можливість для закладів вищої освіти самостійно формувати навчальні програми з медичних спеціальностей (з 2018 р.);
- ухвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні (2019 р.), реалізація якої розрахована на десять років.

Серед ключових заходів, передбачених Стратегією, варто назвати такі: розробка за участю міжнародних експертів нових стандартів підготовки лікарів на додипломному рівні; пріоритетний розвиток університетських клінік; підвищення вимог до вступників; підвищення рівня знання англійської мови викладачами; запуск нової моделі медичної інтернатури, запровадження лікарської резидентури; запровадження моделі фінансування медичної освіти, що базується на результатах діяльності; утвердження принципів академічної доброчесності; поліпшення якості наукових досліджень тощо.

Навчання лікарів. У сфері управління МОЗ перебувають 14 медичних університетів і академій, а також три післядипломні ЗВО⁴⁶. Ці заклади забезпечують підготовку переважної більшості (залежно від спеціальності, 80–96%) осіб з вищою медичною освітою рівня магістра в Україні. Крім закладів МОЗ, медичну освіту надають медичні факультети окремих ЗВО у сфері управління МОН, а також кілька приватних ЗВО [49].

У контексті ризиків для якості освіти слід виділити здобуття медичної освіти в закладах, де на відповідній спеціальності навчається мала кількість студентів. Наприклад, у 2018 р. менше 150 вступників (включно зі студентами-іноземцями) на спеціальність «Медицина» на основі повної загальної середньої освіти набрали такі ЗВО:

- Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини – 53 особи;
- Луганський державний медичний університет – 62 особи;

- Міжнародний гуманітарний університет – 24 особи (всі вступники – іноземці);
- Харківський інститут медицини та біомедичних наук приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет» – 45 осіб (усі вступники – іноземці);
- Херсонський державний університет – 3 особи;
- Черкаська медична академія – 10 осіб;
- Чорноморський національний університет імені Петра Могили – 138 осіб.

У період з січня 2018 по травень 2019 рр. ліцензії на підготовку магістрів спеціальності «Медицина» отримали такі ЗВО:

- Київський міжнародний університет (приватний ЗВО);
- Міжнародний гуманітарний університет (приватний ЗВО);
- Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського;
- Харківський міжнародний медичний університет (приватний ЗВО);
- Херсонський державний університет;
- Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького.

На сьогодні ліцензійні умови провадження освітньої діяльності (постанова Кабінету Міністрів України від 30.12.2015 № 1187) не мають специфічних вимог до медичних ЗВО. Отримання ліцензії на підготовку лікарів не є складною процедурою в Україні. Відповідність формальним вимогам, які висуваються для отримання ліцензії на провадження освітньої діяльності, не гарантує забезпечення закладів потужними клінічними базами, де студенти змогли б відпрацьовувати навички. Для забезпечення якісної підготовки лікарів ліцензійні умови для медичних ЗВО мають містити особливі вимоги та базуватися на міжнародних рекомендаціях, зокрема на

рекомендаціях Міжнародної федерації медичної освіти щодо заснування нових медичних шкіл [24].

У 2018 р. МОЗ спільно з МОН започаткували політику підвищення вимог до абітурієнтів, які бажають навчатися на основних медичних спеціальностях. Зокрема, було встановлено поріг у 150 балів ЗНО (далі — «150+ балів») з другого і третього конкурсних предметів для вступників на спеціальності «Медицина», «Стоматологія» та «Педіатрія»; заяви вступників з меншими балами ЗНО автоматично відхиляються. Це мало наслідком скорочення набору на ці спеціальності (здебільшого за рахунок «контрактників», оскільки «бюджетники» традиційно мають вищі бали ЗНО) та збільшення набору на спеціальність «Фармація, промислова фармація» порівняно з попереднім роком (Рис. 2).

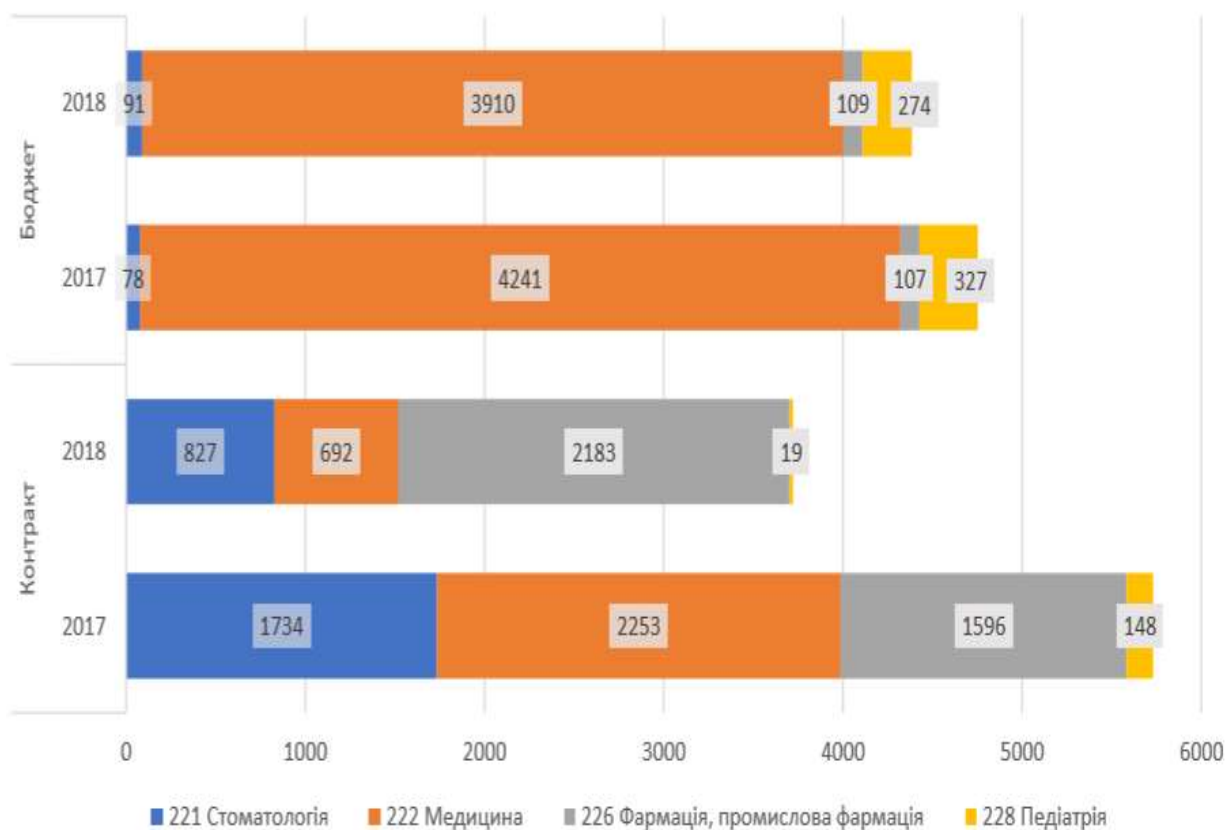


Рисунок 2. Вступ громадян України на основні медичні спеціальності на основі повної загальної середньої освіти, 2017–2018 рр., осіб

У 2019 р. для вступу на спеціальність «Фармація, промислова фармація» було запроваджено вимогу про конкурсний бал абітурієнта 130

балів і вище. Крім того, для вступу на навчання за кошти державного замовлення було змінено перелік конкурсних предметів. Для всіх медичних спеціальностей другий конкурсний предмет – біологія або хімія, третій – математика або фізика за вибором абітурієнта (150+ балів на три основні спеціальності зберігаються). Вимогу щодо обов'язкової математики з балом 150+ запроваджено для залучення в медичну освіту більш вмотивованих і краще підготовлених абітурієнтів. Проте її наслідком стало скорочення кількості вступників, проти чого виступали ЗВО. Відповідно, у 2019 р. більшість медичних ЗВО скористались правом визначити інші другий та третій конкурсні предмети для вступу громадян України на навчання за кошти фізичних та юридичних осіб, ніж встановлені для прийому на навчання за кошти державного замовлення (Табл. 1).

Таблиця 1

Кількість закладів вищої освіти, що пропонували
для вступу на спеціальність «Медицина», 2019 р.

Тип ЗВО	Пропонували альтернативні предмети		Разом
	так	ні	
ЗВО у сфері управління МОЗ	9	4	13
ЗВО у сфері управління МОН	3	6	9
Приватні ЗВО	7	0	7
Разом	19	10	29

Політика підвищення мінімального конкурсного бала для вступу на інші медичні спеціальності, крім стоматології, медицини, фармації і педіатрії, у 2018–2019 рр. не застосовувалась [51].

Певна частина абітурієнтів вступає на навчання на бакалавра або магістра після здобуття освіти рівня молодшого спеціаліста. Сьогодні вступ на подальше навчання на основі рівня молодшого спеціаліста здійснюється за результатами конкурсних іспитів, які самостійно проводить ЗВО.

Велика частка іноземних студентів, що здобувають медичну освіту в Україні, є важливою особливістю цієї галузі освіти. Статистичні дані

свідчать про постійне зростання кількості іноземних студентів, які вивчають медицину в Україні. У 2018 р. українські ЗВО вперше прийняли більше іноземців, ніж громадян України, на спеціальності «Медицина» і «Стоматологія» на основі повної загальної середньої освіти (Рис. 3). Частка іноземних студентів, які в тому чи іншому університеті у 2018 р. вступили на медичні спеціальності, становить від 10 до 93% (Рис. 4).

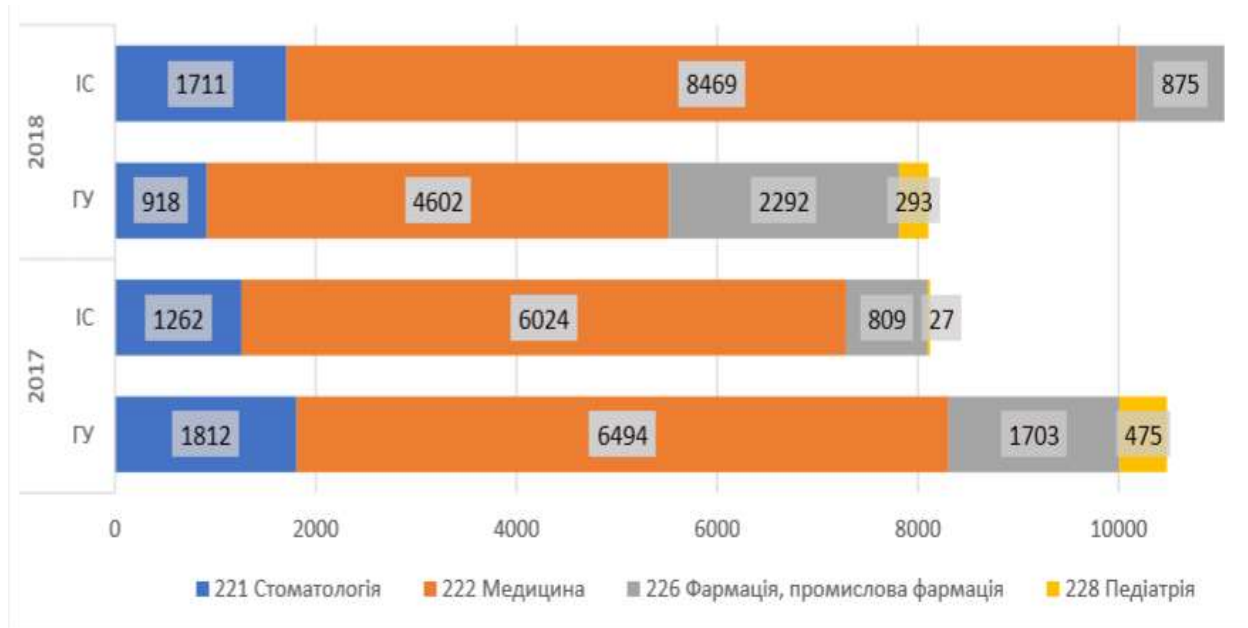


Рисунок 3. Вступ громадян України (ГУ) та іноземних студентів (ІС) на основні медичні спеціальності, 2017–2018 рр., осіб

Іноземні студенти навчаються загалом за тією самою програмою, що й їхні українські колеги. Українські ЗВО пропонують навчання на російсько- та англomовних програмах. Наявна тенденція до збільшення частки іноземних студентів на англomовних програмах порівняно з російськомовними, що пов'язано із залученням значної кількості студентів із неросійськомовних країн (Рис. 5).

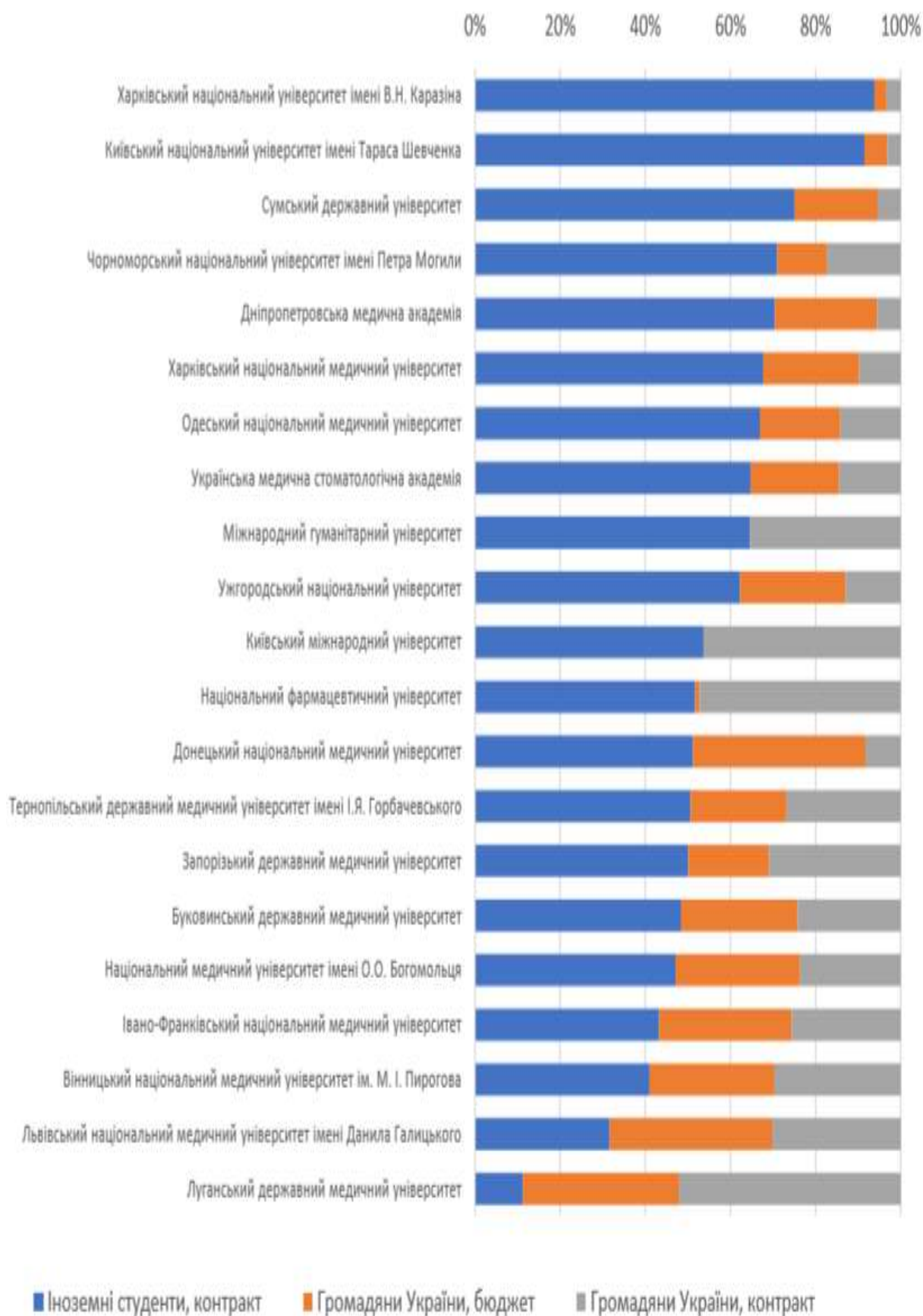


Рисунок 4. Вступ громадян України та іноземних студентів на спеціальності галузі знань «Охорона здоров'я», 2018 р., %

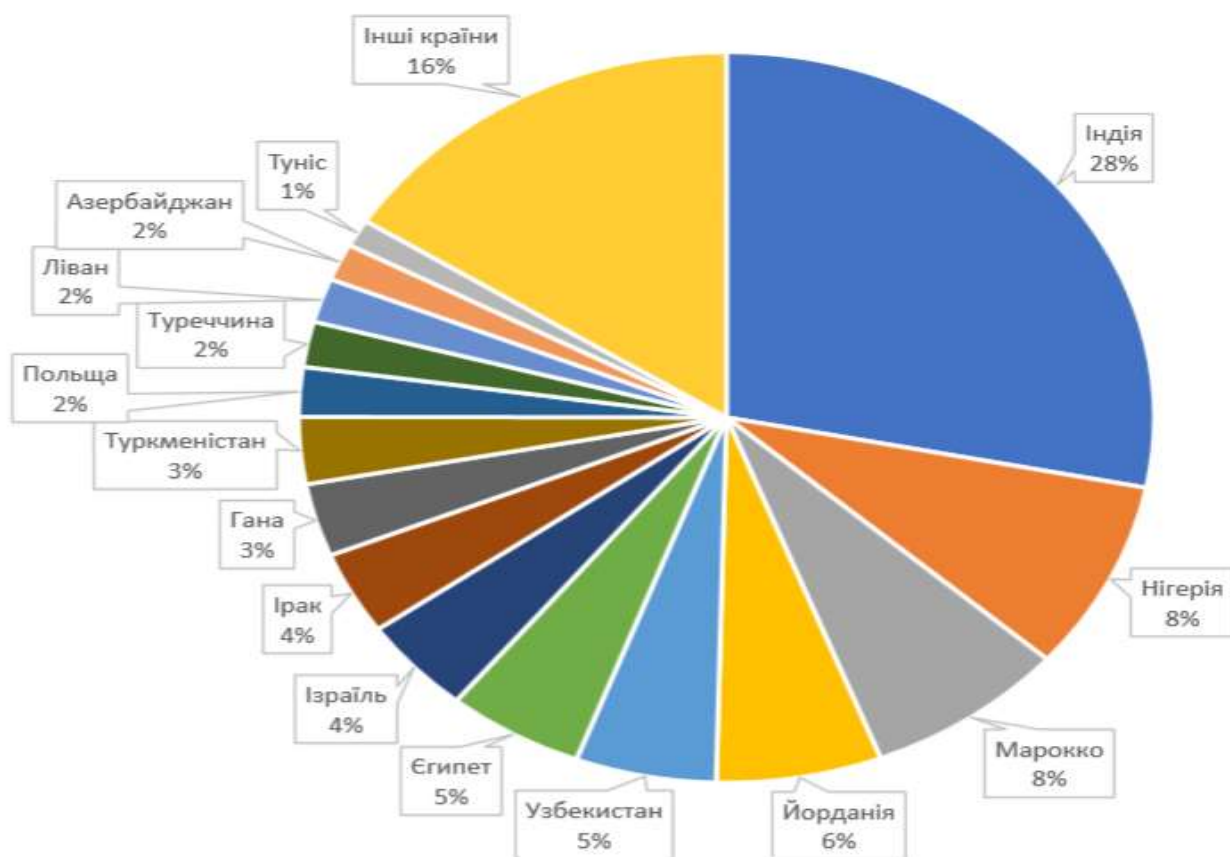


Рисунок 5. Країни походження студентів

Привабливість залучення іноземних студентів пов'язана з суттєво вищою вартістю навчання для них порівняно з українськими студентами. Вартість навчання для іноземних студентів на медичних спеціальностях на денній формі навчання у 2017 р. становила від 2 500 до 4 800 дол. США за рік, тоді як українські студенти-контрактники у 2017 р. сплачували 20–34 тис. грн за один рік підготовки, а максимальна вартість контракту для українських студентів у 2018 р. становила 38,7 тис. грн за рік (спеціальність «Стоматологія» у Вінницькому національному медичному університеті)⁵². За нашою оцінкою, що базується на кількості студентів – громадян України та іноземних студентів, які навчаються у ЗВО, даних про вартість навчання і кошторисах, доступних на офіційних сайтах закладів, у більшості медичних ЗВО плата за навчання іноземних студентів формує 50–80% річного бюджету закладу [22].

Таблиця 1

Результати складання ліцензійного іспиту

Рік	Категорія студентів	Результат складання іспиту	Спеціальність «Медицина»	Спеціальність «Стоматологія»	Спеціальність «Фармація»
2017	Громадяни України (бюджет)	Складали Не склали	3 763 77 (2%)	116 5 (4%)	46 2 (4%)
	Громадяни України (контракт)	Складали Не склали	2 073 205 (10%)	1 990 188 (9%)	851 78 (9%)
	Громадяни іноземних країн (російськомовні програми)	Складали Не склали	659 180 (27%)	389 125 (32%)	262 94 (36%)
	Громадяни іноземних країн (англомовні програми)	Складали Не склали	2 530 360 (14%)	264 66 (25%)	120 41 (34%)
2018	Громадяни України (бюджет)	Складали Не склали	3 771 69 (2%)	108 2 (2%)	46 0 (0%)
	Громадяни України (контракт)	Складали Не склали	3 171 238 (7.5%)	2 259 224 (10%)	957 72 (7.5%)
	Громадяни іноземних країн (російськомовні програми)	Складали Не склали	861 226 (26%)	429 140 (33%)	361 106 (29%)
	Громадяни іноземних країн (англомовні програми)	Складали Не склали	2 497 302 (12%)	312 77 (25%)	135 58 (43%)

Статистику випускників спеціальностей «Медицина», «Стоматологія» та «Фармація», зокрема результати складання ліцензійного іспиту, наведено в Табл. 2. Загалом частка випускників спеціальності «Медицина», які не складають ліцензійного іспиту, є нижчою порівняно з іншими спеціальностями. Студенти цих трьох спеціальностей бюджетної форми навчання – громадяни України майже всі складають ліцензійний іспит. Серед студентів контрактної форми навчання – громадян України десята частина випускників не складає ліцензійного іспиту.

Навчання медичних сестер. Традиційно для роботи медсестрою в Україні було достатньо одержати середню спеціальну освіту. Сьогодні через зміни в класифікації цей рівень освіти вважається початковим рівнем вищої освіти, його здобуття засвідчується дипломом молодшого спеціаліста [47].

У червні 2019 р. прийнято Закон «Про фахову передвищу освіту», внаслідок чого базова освіта медичних сестер стане фаховою передвищою

освітою, тобто окремою ланкою освіти між середньою і вищою, та засвідчуватиметься дипломом фахового молодшого бакалавра.

Перехідні положення Закону «Про фахову передвищу освіту» передбачають практично автоматичну видачу ліцензій на підготовку фахового молодшого бакалавра (зі збереженням спеціальності та ліцензійного обсягу підготовки) закладам, які мають чинну ліцензію на підготовку молодшого спеціаліста [28].

За чинним переліком спеціальностей у вищій освіті⁵⁶, підготовка медсестер здійснюється в рамках спеціальності 223 «Медсестринство». Для рівня освіти молодшого спеціаліста ця спеціальність увібрала в себе чотири спеціальності переліку, який діяв до 2016 р.: «Лікувальна справа (підготовка фельдшерів)», «Сестринська справа», «Медикопрофілактична справа» та «Акушерська справа». Зміст підготовки медичних сестер рівня молодшого спеціаліста регламентовано стандартом вищої освіти 2011 р., який визначає перелік необхідних компетенцій, структуру навчальних дисциплін та кількість годин вивчення, вимоги до організації і тривалості виробничої (2 тижні) та переддипломної (6 тижнів) практики та державної атестації випускників цієї спеціальності. Також встановлено перелік кабінетів і лабораторій, у яких мають відбуватися навчання й практика студентів.

Програма підготовки медичної сестри рівня молодшого спеціаліста не передбачає можливості спеціалізації та глибшої підготовки за певним напрямом медицини, якщо, наприклад, цей напрям більш затребуваний на регіональному або місцевому ринку праці. Крім того, стандарт вищої освіти і доступні в мережі Інтернет навчальні плани коледжів свідчать про те, що в підготовці медсестер не реалізується запроваджена у 2014 р. вимога законодавства про можливість вибору студентами 25% навчальних дисциплін

Суттєвою проблемою є забезпечення належної практичної підготовки студентів:

- Встановлені мінімальні вимоги до практичних навичок складно опанувати, враховуючи тривалість практичної підготовки. Чинний стандарт

освіти визначає велику кількість практичних умінь, яких має набути медсестра – молодший спеціаліст під час навчання. Перелік умінь охоплює роботу медсестер в усіх клінічних відділеннях, у різних ситуаціях надання медичної допомоги (екстрена, вдома, у відділенні, в операційній, реанімації тощо).

- Відсутність інфраструктури для відпрацювання навичок не може бути підставою для позбавлення закладів ліцензії або акредитації. Сьогодні наявність симуляційного центру, фантомів, належної бази практики не належать до вимог, що висуваються до медичних коледжів та училищ у рамках ліцензування їхньої діяльності та акредитації освітніх програм.

- Відсутність курсів спеціалізації для медичних сестер до працевлаштування у спеціалізовані і високоспеціалізовані служби ЗОЗ. Нині після завершення навчання підготовлена медична сестра, маючи універсальну підготовку, може потрапити на роботу в кабінет сімейного лікаря, гастроентерологічне відділення, відділення нейрохірургії тощо. Відсутність спеціалізації на додипломному рівні значно ускладнює надання якісних медичних послуг.

- Через законодавчі обмеження студенти не мають можливості відпрацьовувати необхідні навички безпосередньо під час практики в лікарні, або реалізація такої можливості суттєво ускладнена⁶⁰.

У 2018 р. прийом молодших спеціалістів на навчання за освітньою програмою підготовки молодших сестер здійснювали 96 закладів вищої освіти, з них майже половина (47%) набрали на цю програму до 40 осіб (тільки 10 закладів набрали понад 100 осіб). Діяльність невеликих медичних коледжів та училищ має певні ризики: вищі витрати на підготовку одного фахівця, обмежені фінансові можливості (в частині стійкості фінансування місцевими бюджетами) та, відповідно, обмежені можливості забезпечення необхідної матеріально-технічної бази й залучення висококваліфікованих викладачів, що унеможлиблює створення умов для формування відповідних навичок у майбутніх медичних сестер [35].

Загалом понад дві третини (69%) випускників – молодших спеціалістів спеціальності «Сестринська справа» у 2018 р. не продовжили навчання у рік випуску (Рис. 6). На бакалаврат і магістратуру за фахом «Медсестринство» вступала незначна частина осіб, які завершили підготовку за цим самим фахом на попередньому рівні освіти (4%). 16% медсестер – молодших спеціалістів продовжили навчання на інших медичних спеціальностях, ніж «Медсестринство». Кожна десята медична сестра (11%) продовжила навчання за межами медичної професії. Не зупиняє відтоку медсестер на інші спеціальності те, що навчання на них переважно платне. Варто зазначити, що медсестри – молодші спеціалісти, які вступають на навчання на спеціальність «Медицина», зараховуються в магістратуру з тривалістю навчання п'ять років (особи, що вступають на спеціальність «Медицина» після середньої школи, навчаються шість років) і навчаються за власні кошти, державне або регіональне замовлення відсутнє.

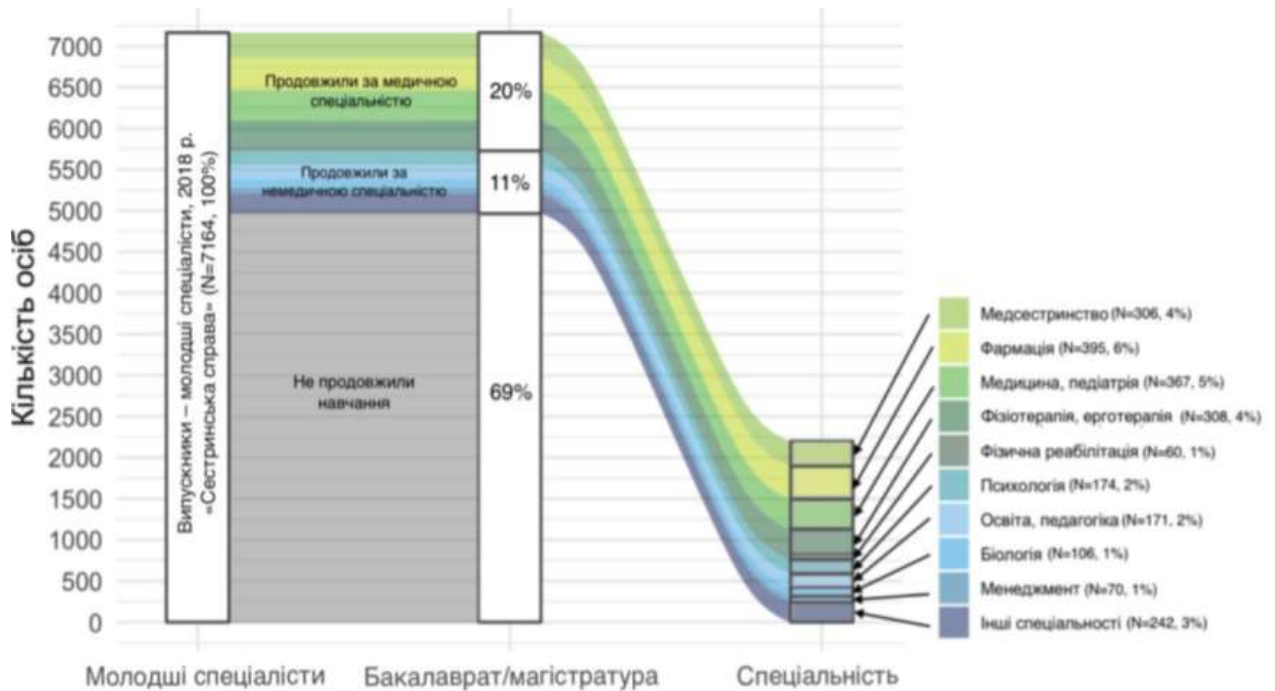


Рисунок 6. Вступ на бакалаврат/магістратуру осіб, «Сестринська справа», 2018 р.

Загалом у 2018 р. 54% вступників на бакалаврат за спеціальністю «Медсестринство» (N=708) одержали диплом молодшого спеціаліста того самого року, коли вступили на бакалаврат, решта стали молодшими

спеціалістами в попередні роки. За результатами експертних інтерв'ю визначено такі основні мотиви вступу на бакалаврат серед медсестер – молодших спеціалістів:

- конкурентна перевага на робочому місці;
- перевага для міграції: за словами респондентів, чимало розвинених країн мають великий дефіцит медичних сестер, тому визнають український диплом з медсестринства, але не нижчий бакалаврського рівня;
- самореалізація завдяки здобуттю «повної» вищої освіти;
- отримання додаткових професійних знань;
- очікування, що після 2020 р. бакалаврський диплом буде офіційно вимагатися в Україні для зайняття медсестрами старших посад.

Станом на 2019 р. п'ять ЗВО готують на бакалавраті спеціальності 223 «Медсестринство» як медичних сестер, так і парамедиків⁶⁶. Інші ЗВО готують тільки медичних сестер, окремі з них планують розпочати підготовку парамедиків у майбутньому [35].

Частина медичних навчальних дисциплін бакалаврів за назвами схожа на дисципліни, що вивчаються молодшими спеціалістами (Табл. 3). Залежно від закладу вищої освіти і конкретної дисципліни може мати місце як дублювання відповідного навчального матеріалу, так і надання бакалаврам поглиблених знань з тих предметів, які вони опановували раніше. Також слід звернути увагу на те, що програми навчальних дисциплін в окремих закладах вищої освіти можуть рекомендувати один і той самий підручник як основний з певної дисципліни як для молодших спеціалістів, так і для бакалаврів.

Таблиця 3

Схожі медичні дисципліни у програмах підготовки молодших спеціалістів і бакалаврів медсестринства

Молодші спеціалісти на основі повної загальної середньої освіти		Бакалаври на основі молодшого спеціаліста	
навчальна дисципліна	кредити ECTS*	навчальна дисципліна	кредити ECTS*
Основи філософських знань	1.5–3	Філософія	3
Українська мова (за професійним спрямуванням)	1.5–3	Українська мова	3
Іноземна мова (за професійним спрямуванням)	4–6	Іноземна мова або Англійська мова	3–6
Історія України	1.5–3	Історія України або Історія та культура України	3
Основи охорони праці та охорона праці в галузі	1.5–3	Охорона праці в галузі	3
Фармакологія та медична рецептура	3.75–4	Клінічна фармакологія з токсикологією	3
Медсестринство у внутрішній медицині	10–11	Клінічне медсестринство у внутрішній медицині	3
Медсестринство в хірургії	10–10.5	Клінічне медсестринство в хірургії	3
Медсестринство в педіатрії	10–10.5	Клінічне медсестринство в педіатрії	3

Однорічні бакалаврські програми зазвичай пропонують студентам такий набір загальноосвітніх та управлінських дисциплін: «Українська мова», «Іноземна/англійська мова», «Фізичне виховання», «Історія та культура України», «Основи педагогіки», «Філософія», «Методологія наукової роботи», «Економіка охорони здоров'я», «Маркетинг медичних послуг», «Менеджмент та лідерство в медсестринстві», «Охорона праці в галузі», «Медичне та фармацевтичне товаровознавство» [28].

На однорічній програмі бакалаврату на медичні дисципліни відводиться не більше половини загального навчального часу (Табл. 4). Бакалаврські програми (як однорічні, так і дворічні) пропонують також курси, спрямовані на здобуття поглиблених знань на основі базової підготовки, отриманої під час навчання на ОКР молодший спеціаліст.

Таблиця 4

Розподіл часу в навчальних програмах підготовки бакалаврів медсестринства за типами навчальних дисциплін, мінімум-максимум кредитів ECTS

Тип і тривалість програми	Загальна тривалість програми, кредитів ECTS	Медичні дисципліни, кредитів ECTS	Загальноосвітні дисципліни, кредитів ECTS	Управлінські дисципліни, кредитів ECTS	Переддипломна, виробнича та інша практика, атестація, кредитів ECTS
Бакалавр, 1 рік	54–61.5	20–30	11–21	9–12	4.5–8
Бакалавр, 2 роки	110–120	58–87	15–26	13–16	5–10

Бакалаврські та магістерські програми не передбачають проходження спеціалізації. Зважаючи на те що бакалаврські програми включають як клінічне медсестринство, так і менеджерські дисципліни, випускники освітнього рівня бакалавр повинні отримувати спеціалізації для роботи у практичній охороні здоров'я та в менеджменті й управлінні. Для здобувачів освітнього рівня магістр спеціалізація має включати клінічне медсестринство, адміністрування й управління та педагогічну діяльність [11].

Випускники бакалаврату медсестринства складають незалежний ліцензійний іспит «Крок-Б. Сестринська справа». Впродовж 2012–2018 рр. серед тих, хто складав «Крок-Б. Сестринська справа», 99% успішно проходять цей іспит.

1.3.Безперервний професійний розвиток медичних працівників

Безперервний професійний розвиток лікарів До 2019 р. система післядипломної освіти українських лікарів мала такі обов'язкові для кожного лікаря складові:

- Навчання в інтернатурі осіб, які здобули диплом лікаря рівня магістра (спеціаліста), та атестація з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст» з конкретної лікарської спеціальності. За підсумками цієї атестації особа одержує право працювати лікарем.

- Підвищення кваліфікації кожні п'ять років, під час якого було необхідно набрати відповідну кількість освітніх балів: обов'язкова частина – 40 балів за навчання на передатестаційному циклі (ПАЦ), варіативна частина – 35–55 балів залежно від категорії (інші освітні заходи, конференції тощо). За підсумками цього навчання – атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії.

- Необов'язкові способи підвищення кваліфікації: навчання в аспірантурі для подальшої кар'єри медика-дослідника; навчання в клінічній ординатурі (два роки), що забезпечує одержання лікарем вторинної спеціалізації; навчання на циклі спеціалізації, результатом якого є набуття лікарем спеціалізації зі спеціальності, з якої не здійснюється підготовка в інтернатурі [17]

Лікарі-інтерни навчаються в інтернатурі для набуття однієї з 34 спеціальностей «первинної спеціалізації». Тривалість навчання залежить від обраної інтерном спеціальності і становить від одного до трьох років. Навчання має дві складові: теоретичну, що реалізується в медичному закладі вищої (післядипломної) освіти, та практичну, яка пов'язана з роботою інтерна в певному закладі охорони здоров'я.

Основні проблеми нинішньої системи підготовки в інтернатурі:

- вступ до інтернатури вимагає виконання значної кількості процедур;
- доступ до навчання в інтернатурі за кошти державного замовлення мають тільки ті особи, які здобули медичну освіту рівня магістра (спеціаліста) за державним замовленням; для інших осіб навчання в інтернатурі платне;
- невизначеність поточного правового статусу вимоги про відпрацювання трьох років за розподілом для інтернів, які навчалися за кошти державного замовлення;
- невисока (на рівні мінімальної заробітної плати) оплата праці лікарів-інтернів;

- невідповідність структури розподілу інтернів за спеціальностями потребам української системи охорони здоров'я;
- вибір інтерном спеціальності, на якій він навчатиметься, відбувається непрозоро;
- тривалість навчання в інтернатурі (для окремих спеціальностей) вважається надто малою для набуття інтерном усіх необхідних навичок лікаря;
- недостатній зовнішній контроль якості підготовки в інтернатурі;
- відсутність юридичної відповідальності лікарів-інтернів за власні професійні дії і, як наслідок, обмежені професійні права (функції) лікарів-інтернів у закладах охорони здоров'я;
- інформація про бази інтернатури і вакансії на них не є легкодоступною;
- низькі вимоги до баз інтернатури: фактично майже будь-який заклад охорони здоров'я може бути такою базою, навіть якщо в ньому не надається високотехнологічна медична допомога пацієнтам. Останнє важливо для набуття інтернами складних медичних компетенцій;
- нечіткі вимоги до функцій лікаря-керівника (куратора) інтерна в закладі охорони здоров'я, невисока додаткова оплата за роботу з інтернами.

Атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії. У 2018 р. було затверджено рамкове Положення про безперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров'я. У 2019 р. на виконання цього Положення було змінено порядок підвищення лікарями кваліфікації після завершення інтернатури. До 2019 р. лікарі були зобов'язані кожні п'ять років проходити передатестаційні цикли, які давали частину балів, а решту балів отримувати за рахунок інших видів професійної діяльності (семінарів, тренінгів, навчання тощо). З 2019 р. систему отримання балів трансформовано: лікарям рекомендовано, а з 2020 р. вони зобов'язані упродовж кожного календарного року набирати 50 балів безперервного професійного розвитку. Відтепер лікарі не зобов'язані, як це було раніше,

проходити навчання на передатестаційному циклі в закладі (на факультеті) післядипломної освіти, адже можуть одержати бали безперервного професійного розвитку за інші види навчання та/або професійної діяльності:

- у формальній освіті – на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення, курсах інформації та стажування;
- в інформальній освіті – через участь у фахових нарадах, семінарах, науково-практичних конференціях, симпозіумах, з'їздах, виставках, у симуляційних тренінгах, майстер-класах, курсах з набуття практичних навичок, стажування в клініках інших країн, дистанційне навчання, в тому числі електронне через фахові інтернет-ресурси [9].

Ключові виклики нової системи безперервного професійного розвитку:

- відсутність гарантованого фінансування «нових» способів підвищення кваліфікації лікарів (витрати фактично можуть лягати на самого лікаря);
- відсутність вимог до провайдерів та до змісту навчальних програм;
- ризик фальсифікацій при проходженні заходів професійного розвитку;
- неунормованість вимог до документів, якими підтверджується участь лікаря в заходах професійного розвитку.

Упродовж своєї кар'єри лікарі зобов'язані періодично проходити атестацію на присвоєння (або підтвердження раніше присвоєної) другої, першої та вищої кваліфікаційних категорій. Кваліфікаційну категорію необхідно підтверджувати кожні п'ять років.

За правилами, які діяли до 2019 р., кваліфікаційну категорію присвоювала або підтверджувала атестаційна комісія на підставі (1) факту успішного проходження лікарем навчання на передатестаційному циклі в закладі (на факультеті) післядипломної освіти, (2) звіту лікаря про

професійну діяльність за останні три роки та (3) результатів співбесіди з лікарем, яку проводять члени атестаційної комісії.

У 2019 р. підстави для присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії було змінено. Відтепер замість звіту про професійну діяльність лікар надає атестаційній комісії «особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку та копіями документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку» [18].

Атестаційна комісія приймає рішення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії на підставі поданих документів. Співбесіда з лікарем атестаційною комісією не проводиться. З 2019 р. основною підставою для присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії лікарям є бали безперервного професійного розвитку.

Клінічна ординатура і лікарська резидентура. До клінічної ординатури в Україні вступає близько 350–400 лікарів на рік. Через незначну кількість здобувачів освіти клінічна ординатура не відіграє суттєвої ролі в чинній системі підвищення кваліфікації лікарів. Клінічну ординатуру має бути трансформовано в лікарську резидентуру, що передбачено пунктом 7 статті 18 Закону України «Про освіту». На сьогодні нормативна база для початку функціонування лікарської резидентури не готова.

Безперервний професійний розвиток медичних сестер. Основним інструментом професійного розвитку медичних сестер є атестація на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії. Відповідні правила повністю аналогічні правилам щодо категорій лікарів, які діяли до 2019 р.: категорія присвоюється медичній сестрі, яка має певний стаж роботи і пройшла курси підвищення кваліфікації в закладі медичної освіти. Підтверджувати наявну категорію і проходити курси необхідно кожні п'ять років. Інших офіційно регульованих державою інструментів підвищення кваліфікації медичних сестер в Україні сьогодні не існує. Загальна рамка безперервного професійного розвитку⁸¹ передбачає, що систему набору

балів буде запроваджено для всіх фахівців у сфері охорони здоров'я, однак станом на червень 2019 р. відповідний новий порядок для медичних сестер не розроблено.

Безперервний професійний розвиток менеджерів закладів охорони здоров'я Державою не встановлено окремого порядку безперервного професійного розвитку для управлінців ЗОЗ. Вони можуть отримувати освітні послуги, брати участь у заходах з підвищення кваліфікації на загальних ринкових умовах.

1.4.Планування і рекрутинг медичних працівників

Донедавна питання формування потреби в кадрах на рівні окремих ЗОЗ було чітко врегульовано наказом МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», що втратив чинність у 2016 р. Цим наказом було визначено штатну чисельність посад усіх працівників ЗОЗ від керівного складу до обслуговуючого і допоміжного персоналу в розрахунку на ліжко-місця (для стаціонарів), населення прикріпленої території (для амбулаторно-поліклінічних підрозділів) та кількість досліджень (для параклінічних служб). Втрата чинності наказу № 33 повинна була «розв'язати руки» керівникам ЗОЗ для самостійного планування кадрів, проте мала обмежений вплив. Штатний розпис дуже тісно пов'язаний з системою лінійного (постатейного, спрямованого на утримання закладу) бюджетного фінансування закладу за визначеними кодами видатків, і ця система залишилася незмінною: керівник може змінювати штатний розпис закладу, але лише в межах кошторисних призначень статті оплати праці та нарахувань. Також відсутня мотивація до раціоналізації штатного розпису, оскільки скорочення окремих посад на має значного впливу на економію коштів [24].

За результатами експертних інтерв'ю планування кадрового забезпечення в ЗОЗ залишається заснованим на положеннях відміненого

наказу № 33, який набув нібито «рекомендаційного характеру», хоча насправді не має такої ролі. Після втрати чинності наказу № 33 керівники ЗОЗ здебільшого не вносили змін ні до штатного розпису, ні до наявної практики планування кадрового забезпечення. Зміни, які подекуди впроваджувалися, були ситуативними і не мали системного характеру. Наприклад, відкривалися нові підрозділи на базі наявних без розширення штатного забезпечення.

Експерти відмічали, що сьогодні відсутня стратегія розвитку кадрового потенціалу ЗОЗ. На думку опитаних керівників закладів, така ситуація склалася через низку проблем:

- перебування у стані «очікування структурних змін», зокрема переходу всіх бюджетних ЗОЗ на нові форми господарювання;
- дефіцит медичних кадрів, дисбаланс за географічною ознакою (місто/село) і за спеціальностями (вузькопрофільні спеціалісти / сімейні або дільничні лікарі);
- зниження якості кадрів, яке проявляється у низькій конкурентоспроможності випускників медичних ЗВО та зростанні міжгалузевої і трудової міграції;
- обмежені можливості мотивації кадрів до працевлаштування в бюджетні ЗОЗ.

Чинні нормативні засади планування кадрового забезпечення на рівні ЗОЗ дають змогу впровадити нові підходи лише за умови зміни форми власності, зокрема переходу в комунальне медичне некомерційне підприємство [12].

Нині питання залучення лікарів та медичних сестер повністю лягло на плечі самих ЗОЗ. Проблема пошуку кваліфікованих кадрів для зайняття вакантних посад, можливо, є менш актуальною для бюджетних ЗОЗ обласних центрів та великих міст, тоді як для ЗОЗ маленьких міст і сільської місцевості ця проблема загострюється.

У 2017 р., коли набув чинності Закон України № 1662-VIII «Про внесення змін до Закону України «Про вищу освіту» щодо працевлаштування випускників», було скасовано один з механізмів залучення кадрових ресурсів до бюджетних ЗОЗ – обов’язкове відпрацювання випускниками вищих закладів освіти, підготовка яких здійснювалася за державним замовленням (бюджетна форма навчання). Передбачалося, що випускники ЗВО, за винятком військових, вільні у виборі місця роботи, а ЗВО не зобов’язані здійснювати їх працевлаштування. Зазвичай ЗОЗ щорічно подавали до управлінь або департаментів охорони здоров’я державних адміністрацій замовлення на заповнення наявних вакансій медичних працівників у розрізі спеціальностей [34].

На основі цих замовлень державні комісії при закладах вищої медичної освіти щорічно проводили розподіл випускників на наявні вакансії в галузі. Розподіл переважно спрямовувався на вирівнювання дисбалансу між спеціалізованою та первинною медичною допомогою і на усунення дефіциту медичних спеціалістів на первинній ланці медичної допомоги в сільській місцевості. Випускники, які працевлаштовувалися за направленням, проходили інтернатуру за бюджетні кошти. Цей механізм мав багато недоліків, зокрема був антиконституційним у частині обов’язкового відпрацювання та включав виражену корупційну складову.

В умовах відсутності реального ринку медичних кадрів серед ЗОЗ бюджетного сектору конкурсна основа прийому на роботу не передбачена, тому пошук потенційних претендентів переважно проводиться через знайомих та колег. За словами експертів, окремі заклади мають практику публікації оголошень про вакансії на рекрутингових веб-сайтах або в інших засобах інформації, проте це не є ефективним для залучення спеціалістів.

Основним критерієм добору медичних кадрів залишається відповідність претендента формальним вимогам посади фахівця, на яку він претендує. У цьому питанні керівники закладів орієнтуються здебільшого на два документи: Довідник кваліфікаційних характеристик професій

працівників. Випуск 78 Охорона здоров'я (наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117) та типові посадові інструкції працівників охорони здоров'я за фахом. Перелік формальних вимог до претендента включає наявність диплома про вищу медичну освіту з кваліфікацією, документ про проходження інтернатури або спеціалізації, посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії. В умовах дефіциту медичних кадрів оцінка відповідності претендента посаді проводиться формально і часто обмежується відповідністю наявних документів формальним вимогам [43].

Формат співбесіди та неформальні критерії відбору під час співбесіди зазвичай не є стандартизованими і визначаються на розсуд керівника ЗОЗ та/або керівника відділу кадрів.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Встановлено що у ЗОЗ, які пройшли реорганізацію в КНП у рамках медичної реформи, замість Єдиної тарифної сітки впроваджується договірна система оплати праці персоналу, а також посилюється роль колективного договору, в якому визначаються форми і системи оплати праці, норми праці та розміри фінансових і нефінансових стимулів.

2. Доведено, що адміністративні методи управління КРОЗ закріплюються у статуті ЗОЗ, положеннях про ЗОЗ та його структурні підрозділи, посадових інструкціях персоналу ЗОЗ та правилах внутрішнього трудового розпорядку. З 2019 р. вперше розмежовано повноваження та відповідальність щодо управління ЗОЗ: управління адміністративно-господарськими питаннями покладається на директора, керування процесом надання якісної медичної допомоги – на медичного директора. Практика стратегічного планування лише починає запроваджуватися в ЗОЗ.

3. Проведений аналіз довів, що кількість громадян України, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями, упродовж тривалого часу є сталою. На сьогодні ліцензійні умови провадження освітньої діяльності не мають специфічних вимог до медичних ЗВО, що дозволяє закладам здійснювати підготовку лікарів, не маючи відповідної потужної клінічної бази. Щороку зростає частка іноземних студентів, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями.

4. Визначено, що основні виклики професійного розвитку українських лікарів: процедура вступу в інтернатуру є доволі бюрократизованою, непрозорою та неефективною щодо мотивації кадрів; клінічну ординатуру має бути трансформовано в лікарську резидентуру, проте нормативна база для початку функціонування резидентури не готова; нова система безперервного професійного розвитку не має гарантованого фінансування, витрати лягають на лікарів.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Методичні аспекти проведення оцінки кадрового ресурсу системи охорони здоров'я

всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає кадрові ресурси системи охорони здоров'я як «усіх людей, залучених до роботи, основна мета якої – зміцнення здоров'я». КРОЗ включають лікарів, медичних сестер, акушерів, стоматологів, суміжних медичних працівників, немедичних працівників, таких як психологи чи соціальні працівники, а також персонал з управління та підтримки охорони здоров'я – тих, хто може не надавати послуги безпосередньо, але є необхідним для ефективного функціонування системи охорони здоров'я, включаючи керівників, статистиків, техніків, економістів тощо. У цьому ситуаційному аналізі розглянуто ключові групи кадрових ресурсів: лікарів та середній медичний персонал, зокрема медичних сестер, акушерів та фельдшерів. Окремий розділ присвячено поточній ситуації та перспективам залучення соціальних працівників до роботи в ЗОЗ [17].

Зважаючи на те що в країні більшість ЗОЗ є закладами бюджетного сектору, включаючи заклади, які пройшли реорганізацію в комунальне неприбуткове підприємство. Аналіз діяльності приватних ЗОЗ наводиться для ілюстрації інноваційних практик управління кадровими ресурсами, які також можуть застосовуватися в ЗОЗ бюджетного сектору. Завдання ситуаційного аналізу описано в Табл. 5.

Таблиця 5

Завдання ситуаційного аналізу щодо кадрових ресурсів системи охорони
здоров'я в Україні

Аналіз статистичних даних щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я	• Щільність кадрових ресурсів • Розподіл кадрових ресурсів за географією, спеціалізацією та соціально-демографічним профілем • Укомплектованість посад
Навчання та вхід на ринок праці	• Система навчання, якість підготовки та сертифікація • Система безперервного професійного розвитку для лікарів, медичних сестер і керівників • Планування кадрових ресурсів і механізм найму персоналу
Оцінка та покращення продуктивності	• Методи управління кадровими ресурсами, включаючи перспективи використання талант-менеджменту, в порівнянні з традиційними підходами • Рівень використання ключових показників ефективності для оцінки діяльності медичних і немедичних працівників • Робоче навантаження і практика перерозподілу обов'язків між персоналом • Заробітна плата, використання фінансових та нефінансових стимулів • Організація сприятливого інституційного середовища щодо умов праці, обладнання та організаційних практик • Використання сучасних інформаційних технологій медичним персоналом • Відповідність наявних кадрових ресурсів і компетенцій поточним потребам населення, задоволеність пацієнтів • Роль професійних асоціацій у розвитку кадрових ресурсів
Вихід з ринку праці	• Плинність кадрів • Міграція
	• Вихід на пенсію
Інформаційна система щодо кадрових ресурсів	• Доступність даних про кадрові ресурси системи охорони здоров'я, рівень дезагрегації даних на різних рівнях управління (національний, регіональний, рівень закладу) • Точність інформації про кадри, обсяг та характеристики даних
Перспективи залучення соціальних працівників	• Сфери залучення соціальних працівників • Відповідність навчальних програм із соціальної роботи особливостям роботи в ЗОЗ

Аналіз кількісного складу кадрових ресурсів системи охорони здоров'я в Україні охоплює з 1993 по 2019 рр.; його здійснено на основі

даних статистичних звітних форм ДП «Центр медичної статистики МОЗ України» (форми 17, 20 та 47). Кількісний склад кадрових ресурсів визначався двома шляхами:

- на основі національного обліку, що регулюється інструкцією;
- на основі міжнародного обліку, який спирається на класифікацію спеціальностей ISCO-20086.

На відміну від національного обліку, за міжнародним стандартом до загальної кількості лікарів увійшли всі спеціальності, за винятком керівників, стоматологів, гігієністів, епідеміологів, бактеріологів і лаборантів. До загальної кількості середнього медичного персоналу увійшли лише акушерки, фельдшери та медичні сестри закладів [14].

Українські показники щодо кадрових ресурсів порівнювалися з європейськими за базами даними Євростату – організації, яка акумулює статистичні дані з країн Європейського Союзу.

У рамках вторинного аналізу системи підготовки лікарів та медичних сестер використовувалася Єдина державна електронна база з питань освіти (ЄДЕБО), зокрема реєстр суб'єктів освітньої діяльності та інформація про вступників.

Аналіз внутрішніх документів ЗОЗ передбачав ознайомлення з прикладами колективного договору, правил внутрішнього розпорядку, положень про преміювання та оцінку якості медичної допомоги, стратегічного плану та етичного кодексу, документів щодо роботи з персоналом. Міжнародні керівництва ВООЗ та Світового банку щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я використовувалися для аналізу найкращих практик планування та управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я і розробки національних рекомендацій.

Враховуючи те що в Україні відсутні статистичні дані чи дані досліджень щодо міграції медичних працівників, було вирішено оцінити її рівень опосередковано, через аналіз запитів для підтвердження документів про освіту, що зазвичай необхідно при еміграції. Для цього були надіслані

запити до 12 медичних університетів/академій і двох закладів післядипломної освіти щодо кількості таких звернень за останні десять років (2008–2018). Перелік закладів, від яких було отримано дані, включав:

- Буковинський державний медичний університет;
- Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова;
- ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;
- Запорізький державний медичний університет;
- Івано-Франківський національний медичний університет;
- Луганський державний медичний університет;
- Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького;
- Національний фармацевтичний університет;
- Національний медичний університет імені О.О. Богомольця;
- Одеський національний медичний університет;
- Українська медична стоматологічна академія;
- Харківський національний медичний університет;
- ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»;
- Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

На додаток до кабінетного дослідження було проведено глибинні інтерв'ю з експертами (N=35, Табл. 6). Глибинні інтерв'ю мали різні сценарії для різних категорій персоналу. Керівникам ЗОЗ ставилися запитання щодо всіх аспектів ситуаційного аналізу, таких як планування і рекрутинг, системи оцінки ефективності діяльності і мотивації, моніторинг робочого навантаження та вимірювання задоволеності пацієнтів, талант-менеджмент, використання сучасних інформаційних технологій, залучення соціальних працівників та психологів. Керівники відділів кадрів ЗОЗ відповідали на запитання про інформаційну систему обліку кадрових ресурсів, робоче

навантаження, стимули та мотиватори. Експертам з питань соціальної роботи ставилися запитання винятково про соціальних працівників [36].

Таблиця 6

Характеристики вибірки експертів для глибинних інтерв'ю, осіб

Заклади	Керівники ЗОЗ	Завідувачі структурних підрозділів ЗОЗ	Лікарі та медичні сестри	Експерти з питань соціально- психологічних послуг у ЗОЗ	Експерти з питань медичної освіти
ЗОЗ первинного рівня	3	3	3	-	-
ЗОЗ спеціалізованого рівня допомоги	1	5		-	-
Приватні клініки	2	-		-	-
ЗВО немедичного спрямування	-	-		4	-
ЗВО медичного спрямування	-	-		-	9
Інші	-	-		-	3

Аналіз статистичних даних щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я має обмеження стосовно інтерпретації динаміки показників. Дані за 2014–2018 рр. зібрано та розраховано без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя і тимчасово окупованих територій частини Донецької та Луганської областей. Враховуючи це, у звіті окремо демонструються тренди за 1993–2013 рр. та 2014–2018 рр. У 2012 р. почалася реформа Держсанепідслужби, в рамках якої здійснено реструктуризацію і значне скорочення чисельності працівників санітарно-епідеміологічної служби. Це вплинуло на загальнонаціональні показники кількості лікарів та середнього медичного персоналу.

У рамках ситуаційного аналізу через відсутність необхідних даних не вдалося висвітлити низку питань, таких як оцінка ситуації у приватному секторі; оцінка попиту, пропозиції та потреб щодо КРОЗ; прогалини на шляху від абітурієнта до працевлаштування та виходу з професії; зовнішня та внутрішня міграція КРОЗ і вплив міжнародного ринку. Ці питання можуть розглядатися як пріоритетні у визначенні напрямів спеціальних досліджень щодо КРОЗ в Україні [43].

2.2. Статистичний профіль медичних працівників.

Щільність і загальна динаміка змін

Аналіз кількості лікарів та медичних сестер, визначеної відповідно до міжнародного обліку (ISCO-2008) і за даними національного обліку, свідчить про суттєву відмінність цих показників. Фактично, національна оцінка абсолютної кількості лікарів є на чверть (24%) вищою за аналогічну оцінку, отриману шляхом застосування міжнародного стандарту розрахунку (Рис. 7). Щодо середнього медичного персоналу, його абсолютна кількість є на 13% вищою порівняно з кількістю за ISCO-2008. Упродовж 1993–2018 рр. співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні має тенденцію до зниження з 2.7 до 2.0 за міжнародним обліком та з 2.7 до 2.2 – за національним обліком (Рис. 8). У ЄС середнє значення співвідношення медичних сестер та лікарів становить 2.4:1 (станом на 2016 р.), що є вищим за українські показники.

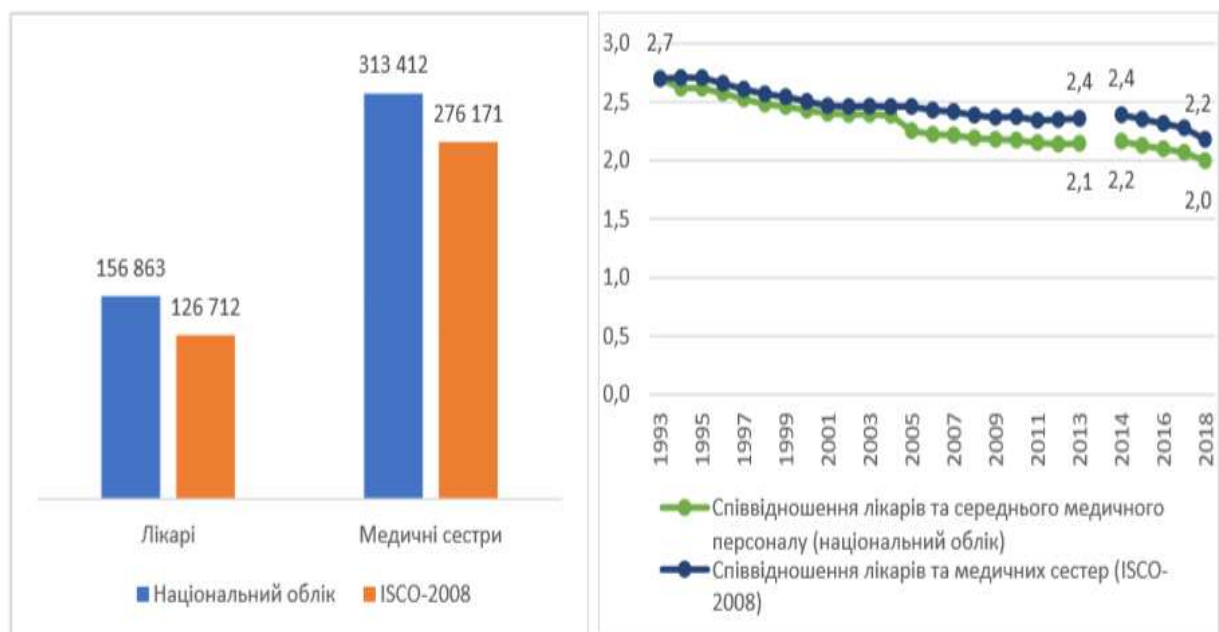


Рисунок 7. Абсолютна кількість лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним

Рисунок 8. Динаміка співвідношення лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним

обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р.	обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр
--	---

На 2019р. щільність лікарів становила 37.2 на 10 тис. населення за національним обліком і 30.1 на 10 тис. населення – за міжнародним обліком, а щільність середнього медичного персоналу – 74.4 на 10 тис. населення за національним обліком і 65.5 на 10 тис. населення – за міжнародним обліком. Одночасно висока щільність лікарів та середнього медичного персоналу спостерігається в західних (Львівській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Тернопільській, Хмельницькій) областях, а також у Вінницькій, Полтавській та Запорізькій областях (Рис. 9). Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях [42].

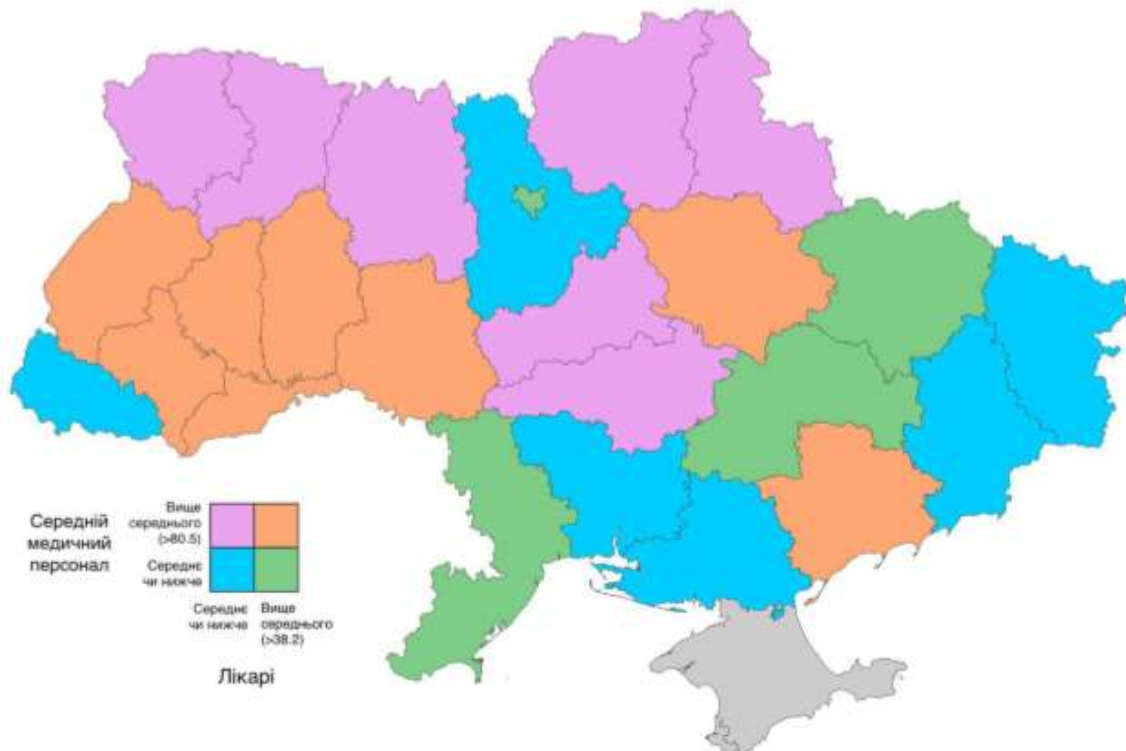


Рисунок 9. Географічний розподіл щільності лікарів та середнього медичного персоналу за національним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р., на 10 тис. населення

Щільність лікарів як за національним, так і за міжнародним обліком суттєво не змінюється, проте щільність середнього медичного персоналу знижується (Рис. 10).

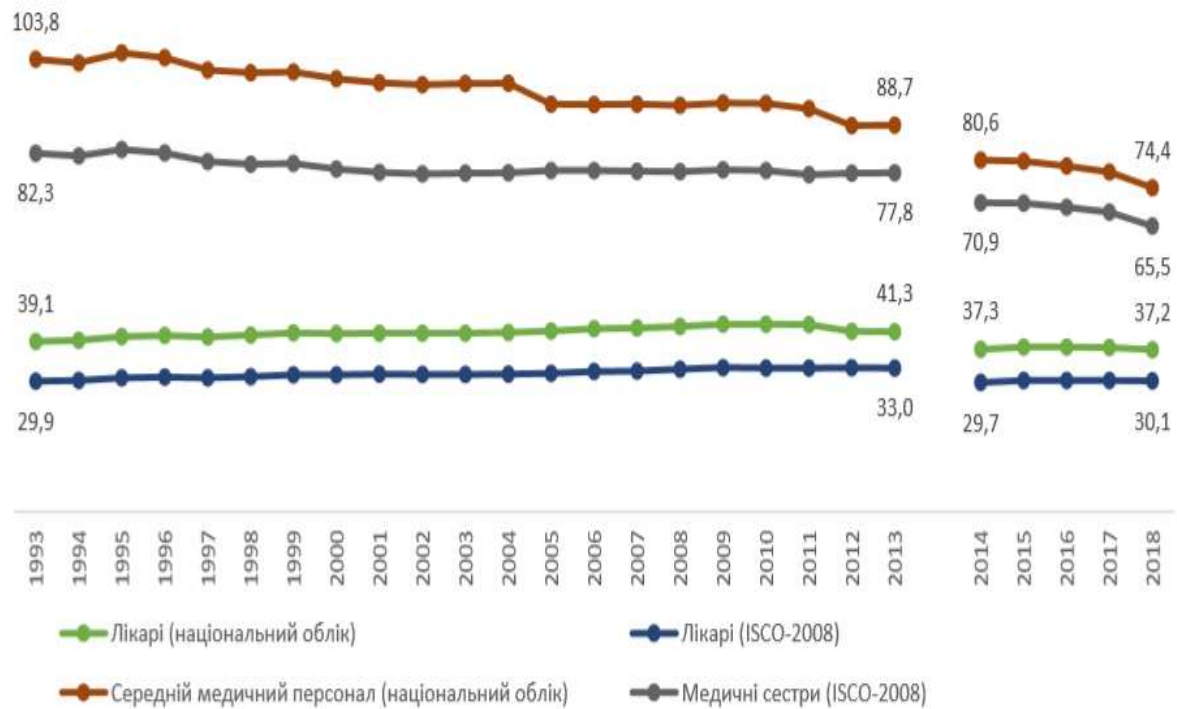


Рисунок 10. Щільність лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., на 10 тис. населення

Щорічні темпи приросту медичних сестер є нерівномірними та переважно негативними (Рис. 11). За національним обліком найвищі темпи зменшення кількості середнього медичного персоналу були впродовж 1995–1997 (-3.7%), 2004–2005 (-4.9%), 2010–2012 (-5.4%) та 2017–2018 рр. (-4.6%). За міжнародним обліком високі темпи зменшення середнього медичного персоналу впродовж 2004–2005 та 2011–2012 рр. не підтверджуються; це свідчить про те, що скорочення кадрів стосувалося насамперед інших категорій персоналу, а не медичних сестер, акушерів та фельдшерів. Так, у 2005 р. зникла група дезінфекторів (-6 576 осіб) та суттєво скоротилась кількість працівників у групі «Інший середній медперсонал» (з 21 929 осіб у 2004 р. до 2 610 осіб у 2005 р.). У 2012 р. у зв'язку з початком реформи

санітарної служби зменшилась кількість лаборантів-фельдшерів (-6546 осіб), інструкторів-дезінфекторів (-694 особи), а також суттєво знизилась кількість помічників санітарних лікарів (-10741 особа) [31].

Загалом у 2017–2018 рр. кількість лікарів зменшилася на 2 737 осіб, а кількість середнього медичного персоналу – на 17 032 особи. Це понад удвічі більше, ніж у попередньому році. Саме за рахунок медичних сестер, акушерів та фельдшерів спостерігається зменшення середнього медичного персоналу впродовж 2017–2018 рр.: кількість акушерів зменшилася на 8.4%, що є найвищим щорічним темпом зменшення за весь період оцінки з 1993 р.; кількість фельдшерів зменшилася на 5.4%, а медичних сестер – на 4.3%. Втрати лікарів упродовж 2017–2018 рр. відбуваються переважно за рахунок стоматологів (45% від загалу втрат) [41].

У 2017–2018 рр. найвищі темпи зменшення кількості лікарів зафіксовано в західних прикордонних областях (Рівненській, Волинській, Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській), на півдні (у Миколаївській та Херсонській областях) і на сході (у Дніпропетровській і Харківській областях) (Рис.12). За цей період у шести областях (Тернопільській, Хмельницькій, Вінницькій, Полтавській, Запорізькій та Донецькій) темпи приросту лікарів були позитивними або нульовими. Найвищі темпи зменшення середнього медичного персоналу з 2017 по 2018 рр. встановлено у прикордонних областях (Закарпатській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Вінницькій, Житомирській, Одеській, Харківській), а також у Дніпропетровській області та місті Києві (Рис. 13).

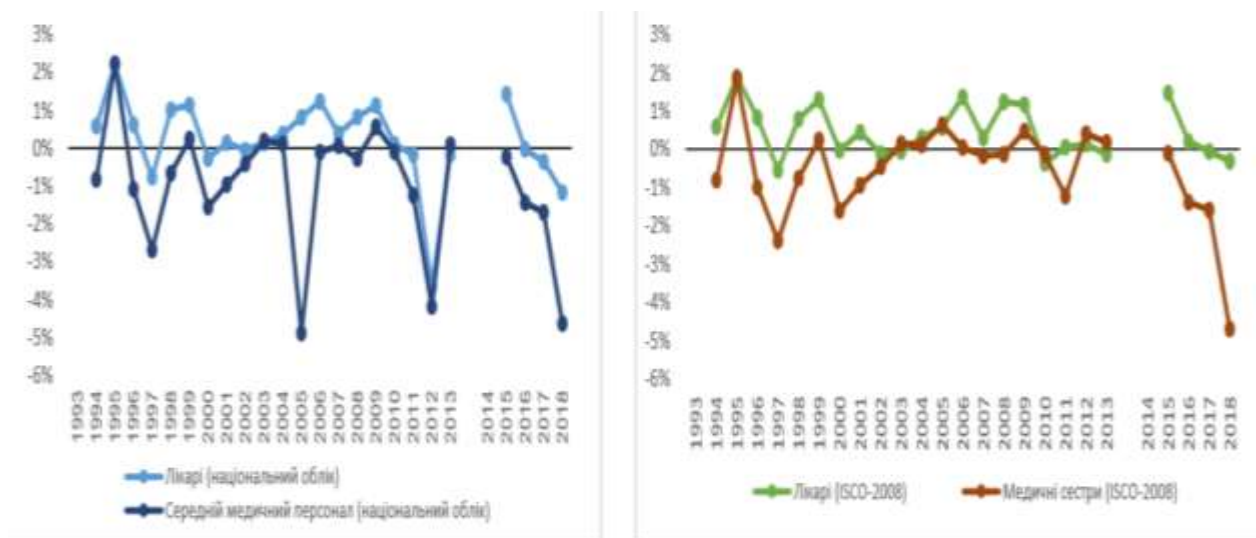


Рисунок 11. Динаміка змін щільності лікарів та медичних сестер на 10 тис.

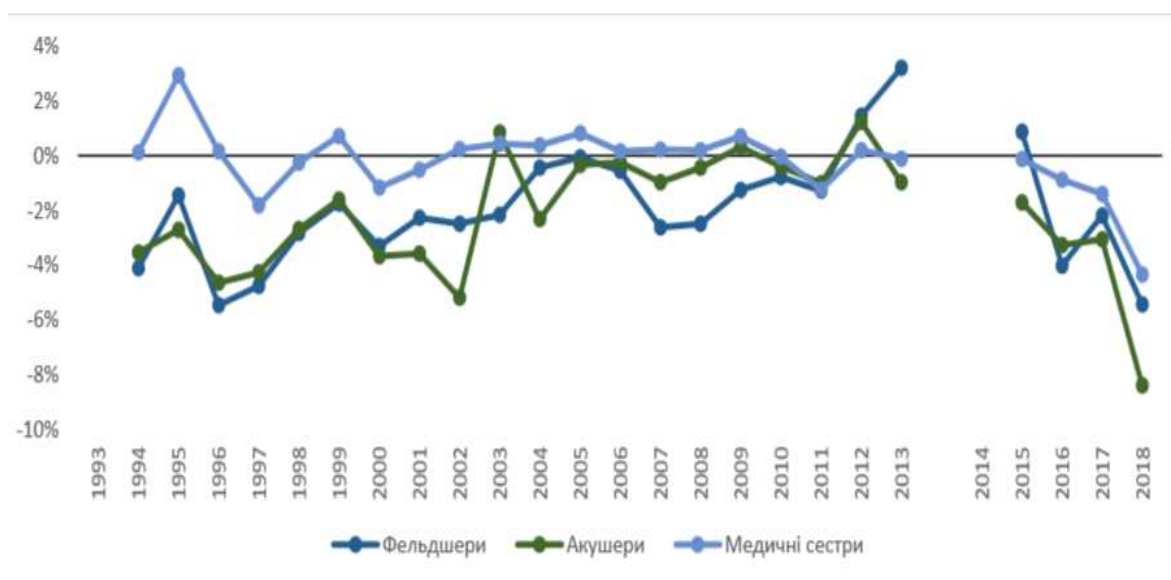


Рисунок 12. Динаміка змін щільності фельдшерів, акушерів та медичних сестер

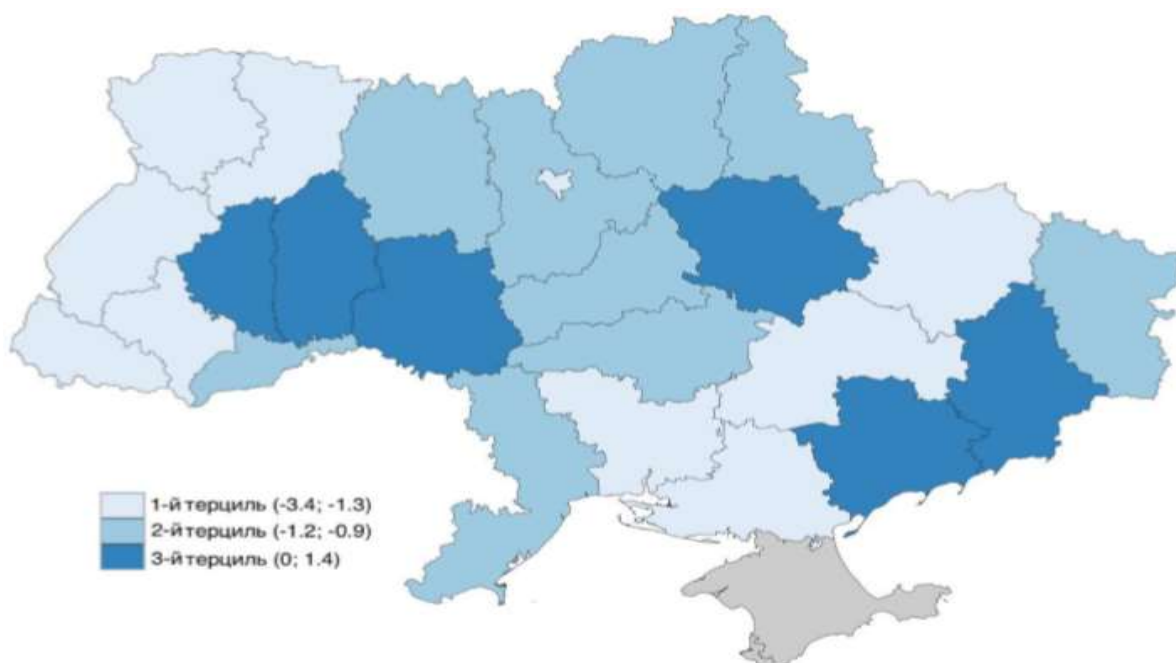


Рисунок 13. Географічний розподіл темпу приросту лікарів

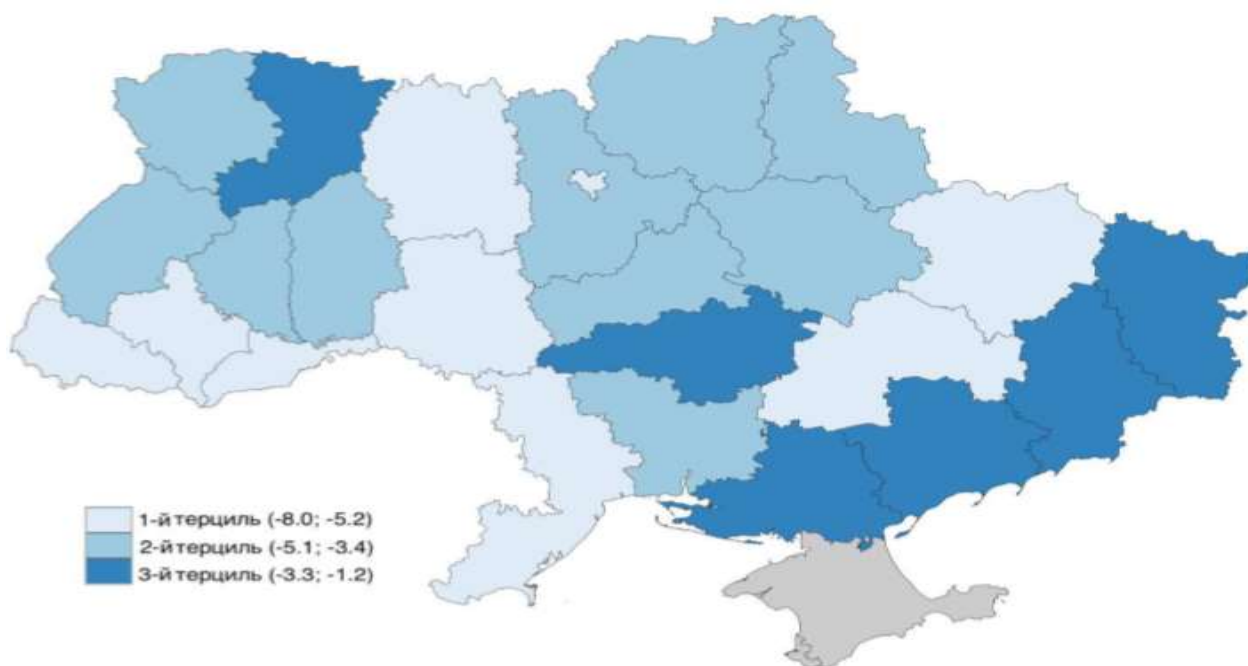


Рисунок 14. Географічний розподіл темпу приросту середнього медичного персоналу

2.3. Структура медичних працівників за рівнем допомоги та спеціальністю

На 2019р. частка лікарів спеціалізованої допомоги становила 79%, первинної допомоги – 18%, а екстреної допомоги – 4% (Рис. 15). Структура лікарів за рівнем медичної допомоги майже не змінюється з 1993 р. Співвідношення лікарів первинної медичної допомоги та лікарів вторинної ланки у 1993 р. становило 1:5.4, а у 2018 р. – 1:4.5. У ЄС такий показник становить 1:3.

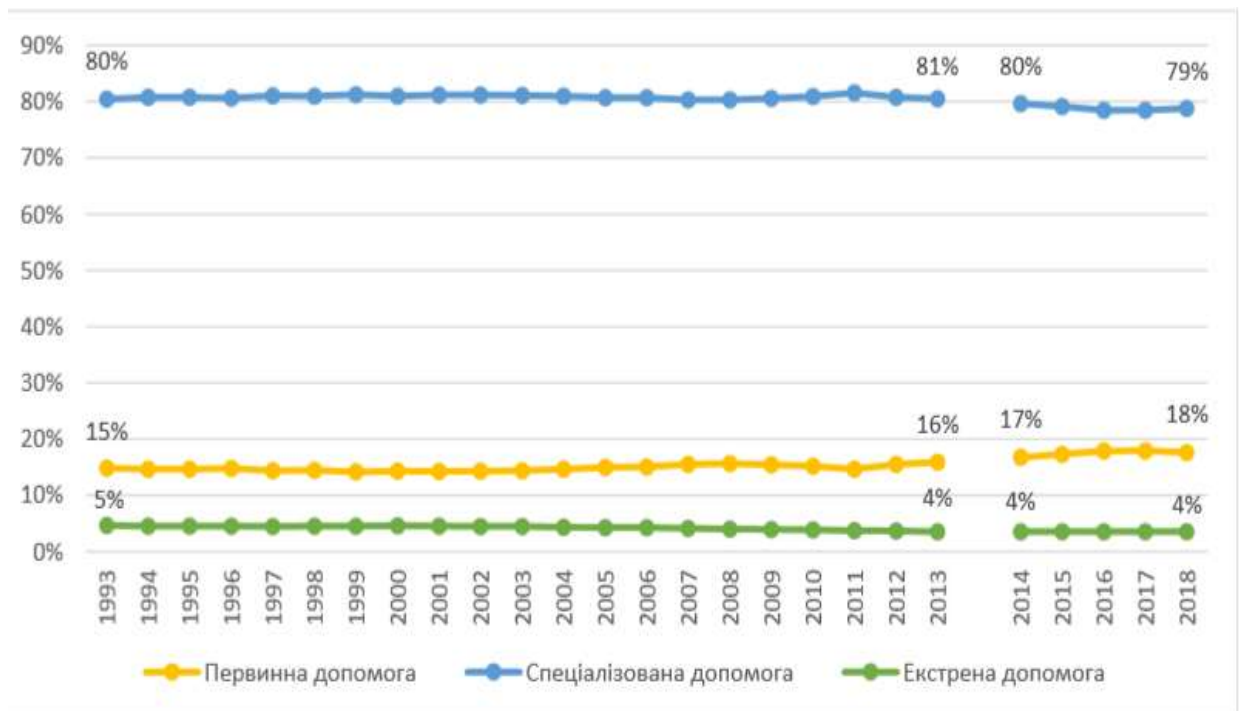


Рисунок 15. Розподіл кількості лікарів за рівнями медичної допомоги, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр.

У 2018 р. дві третини штатних посад лікарів (65.5%) належали до стаціонарів і третина (34.5%) – до амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ. Більшість посад середнього медичного персоналу (77.5%) також належить до стаціонарів, а не до амбулаторно-поліклінічних закладів (22.5%). Для порівняння: в ЄС у 2016 р. такий розподіл посад був більш рівномірним: у стаціонарах були 57% лікарських посад та 48% посад медичних сестер [24].

Хоча загальна структура розподілу лікарів за рівнем медичної допомоги є стабільною, відбулися зміни у складі лікарів первинного рівня як результат розвитку сімейної медицини: знижується щільність дільничних педіатрів та дільничних терапевтів, стрімко зростає щільність лікарів

загальної практики – сімейних лікарів (Рис. 16). У 1993–2013 рр. середньорічні темпи приросту дільничних терапевтів становили (-3%), а дільничних педіатрів – (-2%). За цей період щільність сімейних лікарів у середньому зростала на 29% за рік. З 2014 по 2018 рр. темпи зменшення дільничних терапевтів та дільничних педіатрів становили в середньому 12% та 3% за рік; середньорічні темпи зростання щільності сімейних лікарів – (+5%). На 01.01.2018 щільність лікарів, які надають первинну медичну допомогу, становила 4.8 на 10 тис. населення, що є нижчим за середній показник у ЄС у 2016 р. (7.8 на 10 тис.).

У структурі середнього медичного персоналу зростає частка медичних сестер, які працюють на первинній ланці медичної допомоги. У 2014–2018 рр. їх щільність зросла майже в півтора рази (з 4.7 до 6.5 на 10 тис. населення). Це, у свою чергу, вплинуло на співвідношення кількості медичних сестер та лікарів у ЗОЗ первинного рівня: у 2014 р. на одного лікаря первинної ланки припадало 1.2 медичної сестри, а у 2018 р. – 1.4 медичної сестри.

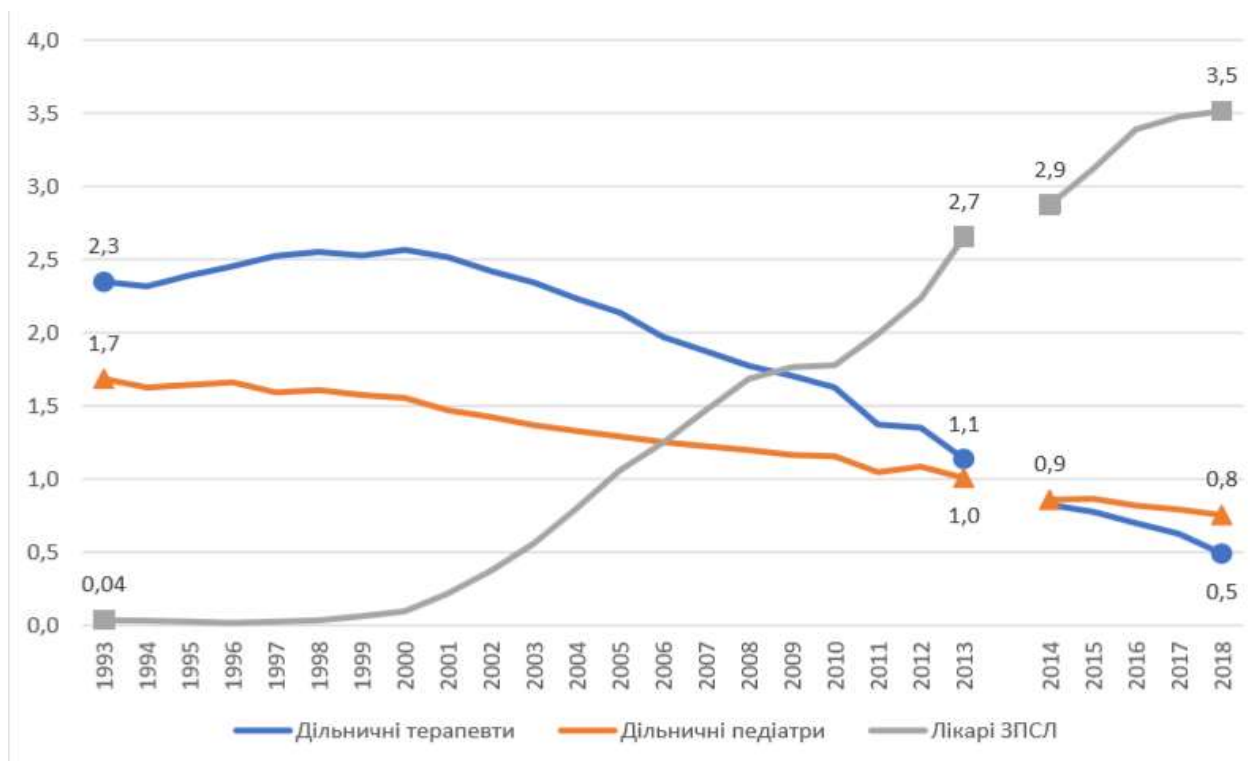


Рисунок 16. Динаміка щільності лікарів первинної ланки, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., на 10 тис. населення

У 2018 р. серед лікарів спеціалізованої допомоги 25% найчисельніших спеціальностей (четвертий квартиль) становили акушери-гінекологи, госпітальні терапевти, хірурги, анестезіологи, невропатологи, госпітальні педіатри, ортопеди-травматологи, рентгенологи, психіатри, офтальмологи та отоларингологи. Третій квартиль включає кардіологів, дерматологів, інфекціоністів, лікарів ультразвукової діагностики, фтизіатрів, онкологів, педіатрів-неонатологів, урологів, ендокринологів та лікарів з функціональної діагностики. До другого квартиля за поширеністю належать судмедексперти, фізіотерапевти, наркологи, патологоанатоми, гастроентерологи, ендоскопісти, ревматологи (в т. ч. кардіоревматологи дитячі), пульмонологи, нефрологи, лікарі лікувальної спортивної медицини та радіологи. Чверть найменш чисельних спеціальностей (перший квартиль) зі щільністю <0.10 на 10 тис. населення формують гематологи, трансфузіологи, алергологи, проктологи, психотерапевти, імунологи, дієтологи, сексопатологи, токсикологи і санологи [7].

У 1993–2013 рр. негативний середньорічний темп приросту мали 13 спеціальностей: лікарі функціональної діагностики, радіологи, психотерапевти, фтизіатри, рентгенологи, токсикологи, імунологи, фізіотерапевти, лікарі лікувальної спортивної медицини, госпітальні педіатри, госпітальні терапевти, дієтологи та санологи (Рис. 17). З 2014 по 2018 рр. вже 23 спеціальності демонстрували негативний середньорічний темп приросту. Це ті самі спеціальності, що й у 1993–2013 рр. (крім рентгенологів, дієтологів та токсикологів, у яких у ці роки зафіксовано позитивний середньорічний темп приросту), а також урологи, пульмонологи, невропатологи, гастроентерологи, хірурги, психіатри, ревматологи, акушери-гінекологи, отоларингологи, трансфузіологи, наркологи, дерматологи, офтальмологи і сексопатологи.

Позитивний або нульовий середньорічний темп приросту демонстрували кардіологи, нефрологи, ендокринологи, алергологи, гематологи, неонатологи, лікарі ультразвукової діагностики,

патологоанатоми, інфекціоністи, судмедексперти, анестезіологи, ортопеди-травматологи, ендоскопісти, проктологи та онкологи.

Якщо порівнювати щільність лікарів-спеціалістів з відповідними середніми показниками в ЄС, в Україні більше акушерів-гінекологів, хірургів, дерматологів та онкологів, проте менше кардіологів, анестезіологів, радіологів та психіатрів.

Динаміка щільності лікарів екстреної допомоги була низхідною впродовж 1993–2018 рр. (з 1.28 до 1.07 на 10 тис. населення, середньорічний темп приросту становив -0.9%) (Рис. 12). У 2014–2017 рр. щільність лікарів екстреної допомоги дещо зросла (середньорічний темп приросту: +0.2%), проте вже у 2018 р. знову зафіксовано зменшення щільності на 1.9% порівняно з попереднім роком (до 0.98 на 10 тис. населення).

У 2018 р. щільність лікарів-стоматологів в Україні становила 4.0 на 10 тис. населення (Рис. 18). Упродовж 1993–2013 рр. щільність стоматологів зростала (щорічний темп приросту: +1.3%), проте у 2014–2018 рр. тенденція змінилася на обернену (щорічний темп приросту: -2.9%).

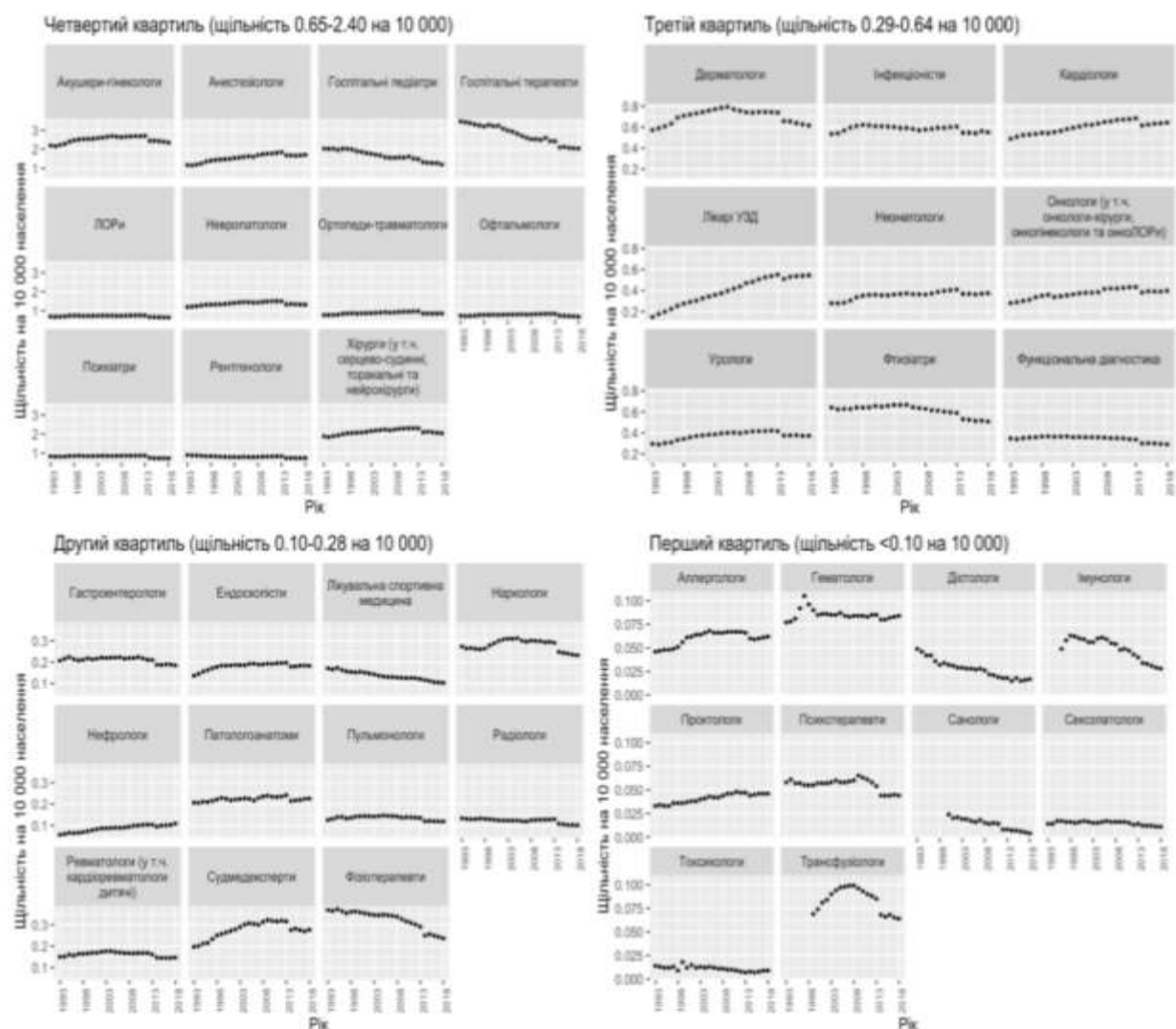


Рисунок 17. Динаміка щільності лікарів спеціалізованої допомоги, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр.,

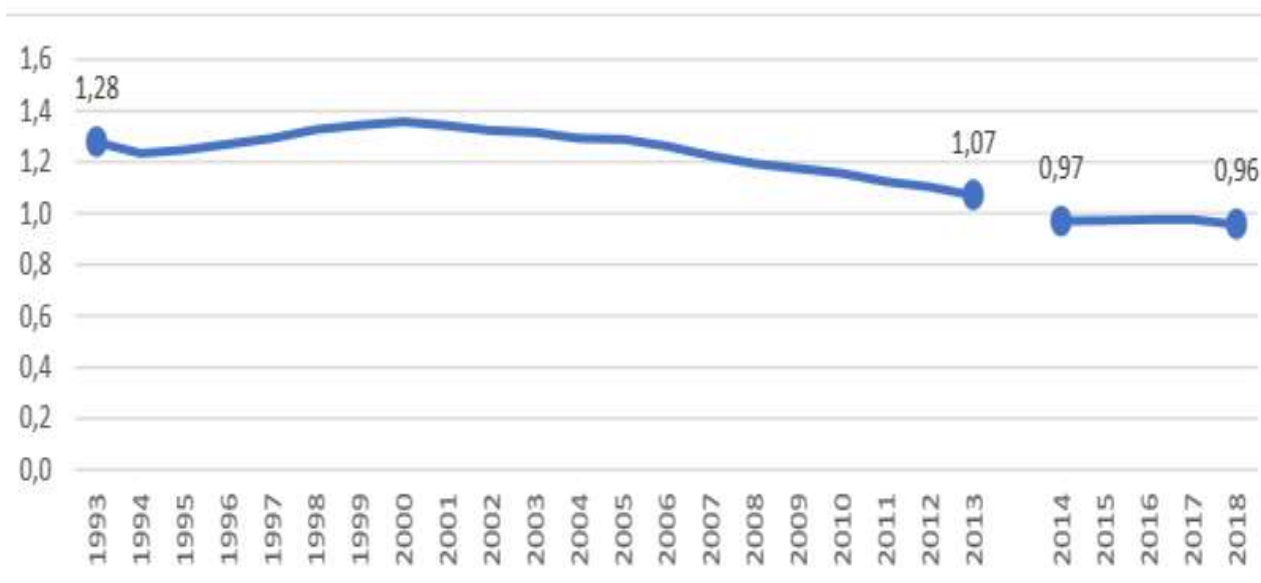


Рисунок 18. Динаміка щільності лікарів екстреної допомоги

У 1993–2018 рр. динаміка кількості лікарів-інтернів була нерівномірною (Рис. 19). Їх щільність зростала з 1993 по 1995 рр. (з 2.6 до 3.1 на 10 тис. населення), проте суттєво зменшилася у 1997 р. (до 2.1 на 10 тис. населення) і залишалася приблизно на тому самому рівні до 2005 р. У 2005–2009 рр. відбулося стрімке зростання щільності інтернів (середньорічний темп змін за цей період: +0.6%), і до 2013 р. суттєвих змін не спостерігалось. Можна припустити, що такий тренд є наслідком зростання кількості вступників на перший курс закладів вищої освіти за шість років до цього. Нещодавня динаміка 2014–2018 рр. свідчить про стійке зростання щільності лікарів-інтернів (з 2.5 до 3.1 на 10 тис. населення, середньорічний темп змін за цей період: +0.2%).

Щільність лікарів-лаборантів у 1993–2013 рр. зменшилася з 0.88 до 0.52 на 10 тис. населення, у 2014–2018 рр. вона суттєво не змінювалася і на 01.01.2019 становила 0.48 на 10 тис. населення [15].

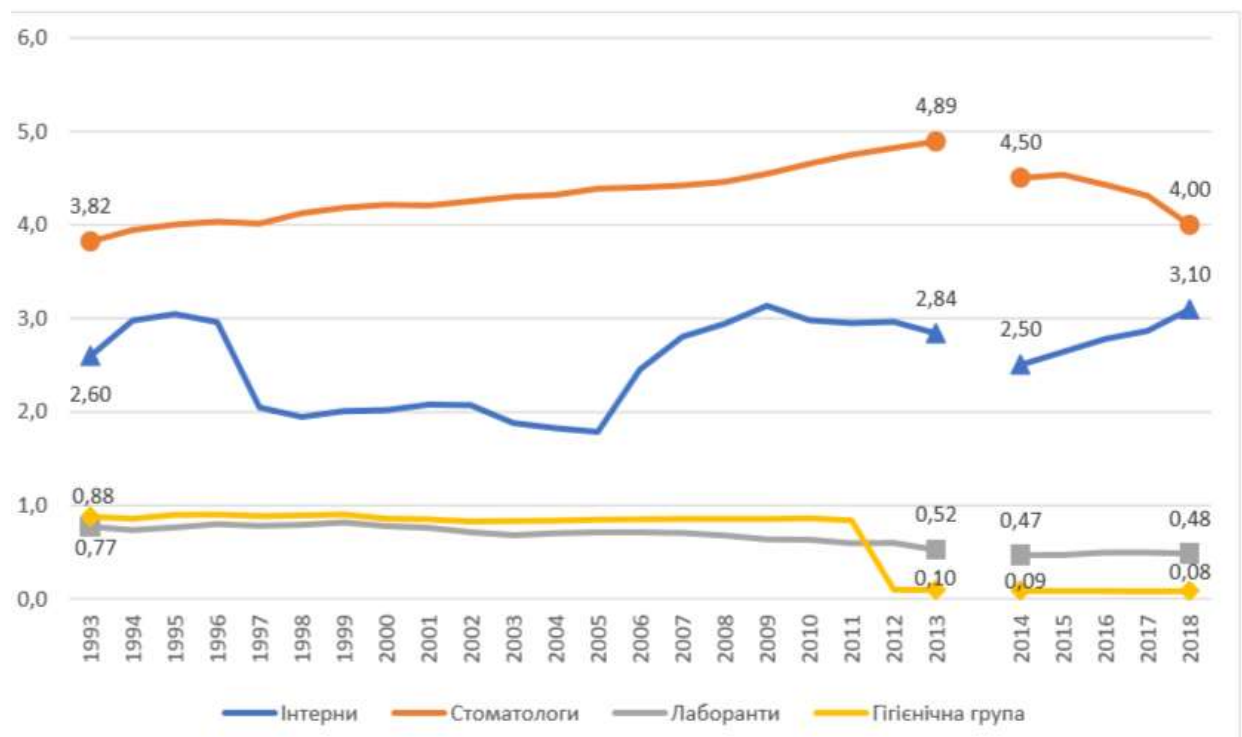


Рисунок 19. Динаміка щільності лікарів-інтернів, стоматологів, лаборантів та лікарів гігієнічної групи*, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр.

*Гігієнічна група включає гігієністів, епідеміологів, паразитологів, бактеріологів та вірусологів.

Щільність лікарів гігієнічної групи, яка включає гігієністів, епідеміологів, паразитологів, бактеріологів та вірусологів, суттєво зменшилася з 2011 по 2012 рр. (з 0.84 до 0.09 на 10 тис. населення) і є наслідком реформи Державної санітарно-епідеміологічної служби України, яка розпочалася в цей період. Частина лікарів з цієї групи перейшла до ветеринарної та інших служб. Після цього щільність лікарів гігієнічної групи стабілізувалася і на 01.01.2019 становила 0.08 на 10 тис. населення [8].

ВИСНОВКИ ПО РОЗДІЛУ 2

1. Проведений аналіз свідчить, що кадрова криза здебільшого стосується середнього медичного персоналу, а не лікарів. Щорічні темпи приросту медичних сестер є переважно негативними. 2018 рік є переламним у динаміці медичних кадрів, оскільки прискорюються темпи скорочення лікарів, медичних сестер, фельдшерів та акушерів. Співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні має тенденцію до зниження, зокрема через негативні темпи приросту кількості медичних сестер, і є нижчим за середньоєвропейський показник.

2. Результати аналізу свідчать, що географічний розподіл щільності лікарів та медичних сестер є нерівномірним. Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.

3. Проведений аналіз показав, що кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів зростає головним чином за рахунок скорочення кількості дільничних терапевтів та педіатрів. Співвідношення медичних кадрів первинної та спеціалізованої допомоги залишається стабільним.

4. Серед лікарів спеціалізованої допомоги чверть найчисельніших спеціальностей включає акушерів-гінекологів, госпітальних терапевтів, хірургів, анестезіологів, невропатологів, госпітальних педіатрів, ортопедівтравматологів, рентгенологів, психіатрів, офтальмологів та отоларингологів. У порівнянні з ЄС, в Україні більше акушерів-гінекологів, хірургів, дерматологів та онкологів, проте менше кардіологів, анестезіологів, радіологів та психіатрів. Динаміка щільності лікарів екстреної допомоги та стоматологів у ЗОЗ бюджетного сектору є переважно низхідною. Динаміка щільності має позитивний тренд до зростання серед лікарів-інтернів; у цей період щільність лаборантів та лікарів гігієнічної групи суттєво не змінюється.

РОЗДІЛ 3

РОЗВИТОК КАДРОВИХ РЕСУРСІВ

В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1.Оцінка ефективності діяльності персоналу

Ключові показники ефективності (КПЕ) зазвичай розглядаються як інструменти для прийняття рішень у рамках управління персоналом. Ці показники мають надавати менеджерам достовірну інформацію про сильні та слабкі сторони персоналу, тим самим допомагати покращувати управлінську ефективність. КПЕ також можуть використовуватися для визначення фінансових стимулів в організаціях, де оплата праці залежить від результативності [51].

Є різні моделі розробки КПЕ. Одна з найпоширеніших моделей – збалансована система показників (Balanced scorecard), розроблена Капланом та Нортон, відповідно до якої ефективність діяльності розглядається в чотирьох вимірах:

- перспектива отримувача послуги – наскільки діяльність персоналу закладу охорони здоров'я відповідає потребам та очікуванням пацієнтів;
- перспектива внутрішнього менеджменту – наскільки діяльність персоналу закладу охорони здоров'я відповідає визначеним стратегіям, стандартам та протоколам;
- перспектива постійного вдосконалення – наскільки персонал закладу охорони здоров'я залучається до навчання впродовж життя, участі у професійних заходах, конференціях тощо;
- фінансова перспектива – ефективність використання ресурсів для досягнення визначених цілей.

На національному рівні роль та види КПЕ у сфері охорони здоров'я частково визначено в нормативно-правових документах, які регулюють систему якості медичної допомоги в Україні:

- наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»¹⁰⁴;
- наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»;
- наказ МОЗ України від 06.08.2013 № 693 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги»;
- наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги».

Жоден із наведених документів не містить переліку конкретних та вимірюваних індикаторів оцінки якості медичної допомоги. Разом з тим, у рамках пілотного проекту в чотирьох регіонах України було сформовано систему індикаторів якості медичної допомоги відповідно до вимог статті 11 Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»¹⁰⁸, який був чинним з 04.08.2011 по 01.01.2015. На виконання вказаної статті Закону індикатори якості медичної допомоги було затверджено наказом МОЗ України від 02.11.2011 № 743¹⁰⁹. Ці індикатори відображали КПЕ у вимірі перспективи внутрішніх процесів (якість послуг) та перспективи пацієнтів (задоволеність). Індикатори здебільшого фокусувалися на охопленні послугами і на результативності лікування; їх було структуровано за рівнями надання допомоги, а не за категоріями персоналу. Задоволеність пацієнтів пропонувалося аналізувати тільки в межах вторинної та третинної допомоги.

Відповідно до положень про контроль якості, вимірювання визначених показників для лікарів та медсестер здійснюється як експертна оцінка медичної ради закладу, до якої зазвичай входять керівник закладу,

завідувачі відділень і старші медсестри. Кожен з індикаторів для лікарів та медсестер має певну кількість балів та коефіцієнти зниження оцінки у випадку виявлення порушень. Якщо оцінка є низькою, робота працівника розглядається на зборах трудового колективу, де приймається відповідне рішення про усунення недоліків. Нормативні документи здебільшого не визначають, як часто має здійснюватися така оцінка і яка вибірка хворих чи медичної документації береться до уваги. Часто індикатори є досить абстрактними, і їх складно виміряти. Наприклад, у Волинській обласній клінічній лікарні було визначено 60 показників ефективності діяльності та якості медичної допомоги, серед яких 16 показників вимірюються на рівні закладу без зазначення категорії персоналу, 17 показників характеризують діяльність лікарів та 27 показників – діяльність медичних сестер [34].

У грудні 2013 р. прийнято постанову Кабінету Міністрів України № 977, якою затверджено Порядок встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи медичним працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу. Документ містить перелік КПЕ, які можуть бути основою фінансових стимулів для лікарів та медсестер на первинній ланці за обсяг і якість виконаної ними роботи. Всі показники орієнтовано на кількість прикріпленого населення; вони є однаковими для лікарів і медсестер:

- показник рівня виявлення онкологічних захворювань на ранній стадії (I і II стадії) серед хворих, у яких вперше виявлено візуальні форми раку (показник дорівнює середньому регіональному або перевищує його);
- показник виконання плану проведення скринінгових досліджень виявлення раку шийки матки (цільове значення: 70% і більше);
- показник виконання плану проведення флюорографічного обстеження групи медичного ризику (цільове значення: 90% і більше);
- показник питомої ваги пацієнтів з кислотно-стійкими бактеріями (+) у мокротинні серед усіх хворих з підозрою на туберкульоз або його рецидив, яких було обстежено бактеріоскопічно в туберкульозних

лабораторіях I рівня після звернення по медичну допомогу до закладів первинної медико-санітарної допомоги (цільове значення: від 5% до 10% включно);

- показник питомої ваги дітей віком до шести місяців включно, які впродовж звітного періоду перебували на грудному вигодовуванні (цільове значення: 60% і більше);

- показник виконання календарного плану проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до трьох років (цільове значення: 95% і більше);

- показник рівня первинної захворюваності на гострий інфаркт міокарда та гострий інсульт серед населення працездатного віку на 1 тис. осіб прикріпленого населення відповідного віку (не перевищує середньо регіонального рівня);

- показник рівня госпіталізації до ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в стаціонарних умовах, на 100 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання чи перебування, цільове значення не встановлено);

- показник кількості виїздів за викликами екстреної медичної допомоги до хронічних хворих на 1 тис. осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування); (не перевищує середньо регіонального рівня);

- показник кількості консультативних висновків з приводу захворювання, наданих лікарем вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних умовах, на 1 тис. осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування); не перевищує середньорегіонального рівня).

Кожен з показників має оцінюватися окремо для лікаря та медичної сестри, проте не визначено, як це здійснювати: наприклад, як оцінити внесок медсестри у виконання плану проведення скринінгових обстежень або

виявлення онкологічних захворювань на ранніх стадіях. Для керівників оцінюється досягнення визначених показників на рівні закладу [22].

Слід зазначити, що ЦПМСД, які пройшли реорганізацію в КНП, зараз мають більший прогрес у розробці та оцінці КПЕ, ніж інші заклади. Після зміни принципу фінансування таких закладів і надання їхнім керівникам можливостей для більшої гнучкості у прийнятті рішень поширеною практикою стало коригування колективних договорів з персоналом та внесення змін у схеми стимулювання, в тому числі визначення КПЕ. КПЕ, які «прив'язуються» до фінансових стимулів, зазвичай є більш конкретними та вимірюваними. Наприклад, у ЦПМСД Дніпровського району м. Києва з квітня 2019 р. встановили КПЕ для сімейних лікарів та медичних сестер, які включають п'ять показників (Табл. 7).

Таблиця 7

Показники ефективності діяльності та якості медичної допомоги у ЦПМСД
№ 1 Дніпровського району м. Києва, наказ від 17.04.2019 № 103

Індикатор	Метод оцінки	Вимір преміювання	Періодичність оцінювання
Рівень вакцинопрофілактики на рівні практики ПМД (кількість щеплень)	% виконання річного плану вакцинації за звітний період: I квартал – 23% і більше; II квартал – 47% і більше; III квартал – 73% і більше; IV квартал – 95% і більше від річного плану.	100% від посадового окладу	Щоквартально
Виявлення випадків туберкульозу	Кожен випадок, виявлений активно лікарем при профогляді у осіб, які належать до групи підвищеного ризику	10% від посадового окладу	Щомісячно
Виявлення випадків ВІЛ швидкими тестами та методом ІФА	Кожен випадок, виявлений лікарем	50% від посадового окладу	Щомісячно
Активне виявлення лікарем ранніх стадій візуальних форм онкопатології	Кожен випадок, виявлений активно лікарем	10% від посадового окладу	Щомісячно
Забезпечення путівкою на санаторно-курортне лікування дитячого населення з диспансерної групи	Реалізована путівка	10% від посадового окладу	Щомісячно

Керівники ЗОЗ по-різному ставляться до системи КПЕ. Частина керівників розглядає їх винятково як інструмент фінансової мотивації, підставу для визначення розміру премій чи надбавок. Інші вважають їх елементом системи контролю якості медичної допомоги, яка впроваджується на виконання відповідних нормативно-правових актів. Рідше зустрічається розуміння того, що вимір КПЕ має бути рутинною практикою для покращення ефективності управління та функціонування закладу. В ході інтерв'ю окремі керівники висловили думку про те, що система КПЕ може мати негативний вплив на працівників, збільшуючи психологічне навантаження [36].

ЗОЗ здебільшого мають показники ефективності, що стосуються ефективності роботи підрозділу чи закладу загалом. Окремі індикатори для різних категорій персоналу менш поширені. У закладах, де застосовуються показники ефективності для персоналу, окремою проблемою є суб'єктивність таких показників. Це відмічають як працівники державних, так і приватних закладів. На думку керівників ЗОЗ, менеджери підрозділів розуміють, які є проблеми з персоналом і наскільки ефективно виконується робота, проте це не є формалізованою системою оцінки з визначеними часовими інтервалами збору та відображення даних, розробленими інструментами. Скоріше, застосовується формат супервізії діяльності у випадку виявлення порушень.

Загалом приватні ЗОЗ мають більший досвід у впровадженні КПЕ, зокрема у вимірюванні операційної, адміністративної ефективності, а також фінансової перспективи (Рис. 20). Це можна пояснити тим, що керівники приватних клінік більше зацікавлені не тільки у формуванні системи якісної медичної допомоги, а і в налагодженні ефективного бізнес-процесу загалом, що вимагає регулярного аналізу даних, у тому числі щодо діяльності персоналу. Інший аспект – краща забезпеченість приватних ЗОЗ електронними медичними інформаційними системами (МІС). Деякі МІС дозволяють вбудувати систему КПЕ, збирати дані та відображати результати в режимі реального часу.

Проблемним аспектом є розробка КПЕ для медичних сестер. Маючи чіткі алгоритми дії, вони зазвичай працюють у команді з лікарем, і їх внесок важко виміряти окремо, якщо не враховувати експертну оцінку та спеціальні дослідження. ЗОЗ, які мають фінансові та адміністративні КПЕ для персоналу (дохідність, логістичні процеси і т. д.), що вимірюються на основі МІС, зазвичай аналізують їх тільки для лікарів. Жоден із керівників ЗОЗ, які брали участь в інтерв'ю, не повідомив про наявність КПЕ для немедичного персоналу, зокрема керівників підрозділів. З іншого боку, необхідність таких показників підкреслювалася.

Фінансова ефективність
Частка виконаного обсягу послуг від запланованого (для лікарів)
Середня дохідність за годину (для лікарів)
Адміністративна ефективність
Середня тривалість очікування пацієнта під час амбулаторного прийому (для лікарів)
Частка затриманих прийомів (для лікарів)
Частка часу, витраченого на прийоми, від загального робочого часу (для лікарів)
Повнота заповнення медичної документації (для лікарів та медсестер)
Частка медичної документації, яку було здано вчасно (для лікарів та медсестер)
Відгуки пацієнтів
Середній рівень задоволеності роботою персоналу (для лікарів та медсестер)
Наявність зареєстрованих скарг пацієнтів (для лікарів та медсестер)
Навчання та вдосконалення
Участь у конференціях чи професійних заходах з підготовкою доповіді та виступом (для лікарів та медсестер)
Участь у тренінгах чи стажуваннях (для лікарів та медсестер)
Участь у менторстві та поширенні досвіду: проведення тренінгів чи навчання для співробітників або пацієнтів, підготовка медійного контенту (для лікарів та медсестер)

Рисунок 20. КПЕ, які використовуються у приватних ЗОЗ в Україні, за результатами інтерв'ю з експертами

В Україні оцінка рівня задоволеності пацієнтів персоналом ЗОЗ є фактично одним з небагатьох показників ефективності діяльності, який систематично відстежується. Керівники ЗОЗ здебільшого погоджуються, що низькі оцінки рівня задоволеності пацієнтів не мають використовуватися для

покарання, зокрема зменшення премій чи надбавок, а, скоріше, є інструментом визначення прогалин. Наприклад, низькі оцінки щодо зрозумілості лікарських пояснень чи доброзичливості можуть стати сигналом для проведення додаткових тренінгів з комунікації. Дизайн досліджень рівня задоволеності пацієнтів у ЗОЗ мають суттєву варіацію стосовно рівня оцінки (заклад загалом, окремі категорії персоналу чи конкретні спеціалісти), а також формату збору даних і запитань. За результатами інтерв'ю з експертами було виявлено такі практики:

- Дошка відгуків у загальній зоні. В одному з ЦПМСД на додаток до кількісного виміру рівня задоволеності пацієнтів застосовується якісний підхід, коли пацієнти можуть висловити будь-які свої думки про отримані послуги та персонал на дошці відгуків. Перевагою такого підходу є неструктурований спосіб збору даних, коли можна отримати відповіді, не закладені в анкету. Проте такий спосіб не дозволяє пацієнтам залишити анонімний відгук, і це може мати суттєвий вплив на зміщення результатів у позитивний бік.

- Паперове анкетування. Це найпоширеніший спосіб отримання інформації про рівень задоволеності пацієнтів у бюджетних ЗОЗ. Співробітник закладу роздає структуровані анкети пацієнтам, які очікують своєї черги на прийом чи на госпіталізацію або розміщуються в загальній зоні, де можуть взяти анкету самостійно. Такий спосіб більшою мірою допомагає зберегти анонімність. Недоліком є те, що не контролюється момент заповнення анкети: до чи після отримання послуги. Також у такому анкетуванні можливий зсув у бік певних категорій пацієнтів, які більше схильні до заповнення анкет.

- «Таємний покупець». Це практика, спрямована на оцінювання досвіду, отриманого пацієнтом у процесі консультування чи госпіталізації, а також для визначення рівня дотримання стандартів надання медичної допомоги. Частіше застосовується для оцінки співробітників рецепції/реєстратури та телефонної підтримки, ніж медичного персоналу.

Перевагою цього методу є отримання більш об'єктивних даних щодо якості послуг. Разом з тим, це дослідження є дорожчим за анкетування і вимагає належної підготовки «таємного покупця».

- Анкета задоволеності на веб-сайті закладу. Альтернатива паперового анкетування – електронні анкети, розміщені на офіційній сторінці закладу або в соціальних мережах. Прикладом є анкета оцінки сімейного лікаря в ЦПМСД м. Мукачева Закарпатської області, яка містить сім запитань щодо характеристик респондента, 17 запитань для оцінки роботи лікаря і шість запитань про лікувальний заклад. У порівнянні з паперовим анкетуванням електронна анкета полегшує збір та обробку даних. Ключовий недолік цього способу – неможливість проконтролювати, хто саме заповнює анкету: чи справді це пацієнти цього закладу та чи справді вони отримували послуги.

- Анкетування електронною поштою. Розсилання посилок на анкети через електронну пошту поширене у приватних клініках. Такий спосіб дає більше контролю щодо респондентів, які заповнюють анкету. Проблемаю є, як правило, низький рівень заповнення анкет.

- Анкетування через QR-коди в кабінетах лікарів чи палатах стаціонару. Одна з інноваційних практик, що застосовується у приватних ЗОЗ, – електронне анкетування через QR-коди з посиланням на анкету, які можуть встановлюватися, наприклад, на дверях кабінетів у стаціонарних відділеннях. Госпіталізовані пацієнти можуть у будьякий момент перейти за посиланням, використовуючи мобільні телефони, і пройти анкетування.

- Випадкові запитання на рецепції. Проблема більшості анкетувань для вимірювання задоволеності – низький рівень повернення анкет, зокрема через велику кількість запитань. Вирішенням цієї проблеми може бути ротація запитань серед пацієнтів. У одній з приватних клінік застосовується така практика. Було визначено п'ять ключових запитань щодо рівня задоволеності пацієнта лікарем, кожне з яких оцінюється за шкалою від одного до десяти. Після отримання медичної послуги, коли пацієнт

повертається до рецепції, електронна система генерує одне з запитань. Враховуючи те що відповідь на одне запитання не потребує багато часу, більшість пацієнтів погоджується відповісти. Відповіді безпосередньо пов'язані з лікарем, який надавав послуги, проте не фіксується, який саме пацієнт відповідав. Результати обробляються в режимі реального часу і доступні для лікарів [15, 35].

3.2. Стимули і мотивація медичних працівників

Незважаючи на низку законодавчих та нормативних документів, що визначають умови праці медичних працівників, а також зміну моделі фінансування медичних послуг (див. розділ «Економічні методи»), є підстави вважати, що в системі управління кадрами рівень доходів медичних працівників не є достатнім методом впливу та мотивації. Несправедлива та неконкурентна оплата праці залишається основною проблемою низької мотивації до роботи в медичному секторі, на думку як лікарів, так і медсестер.

Відповідно до останніх досліджень щодо розміру бажаної заробітної плати в Україні, в середньому лікарі вважали зарплату у 650 доларів США як задовільну та справедливую; це більш як у п'ятеро перевищує нинішню оплату праці в бюджетних медичних закладах. За результатами опитування медичних працівників ЗОЗ, у яких можуть надаватися ВІЛ-послуги, майже половина респондентів (46%) зазначили, що вони не задоволені рівнем своєї заробітної плати. Опосередковано про незадоволеність медичних працівників рівнем оплати праці свідчать численні дослідження про неформальні платежі пацієнтів. За результатами опитування медичного персоналу первинної ланки, переважна більшість респондентів (72%) зазначили, що вони отримували від пацієнтів неформальні грошові

платежі, тому що це усталена практика, коли пацієнти «бажають віддячити лікарю».

В умовах гнучкого визначення системи оплати праці особливого значення набувають стимули та мотиватори для медичних працівників, які можуть забезпечувати їх утримання та покращення ефективності їхньої роботи. Ключова відмінність між стимулами та мотиваторами в тому, що стимули – це зовнішні чинники, які спонукають персонал до певної дії (зазвичай це рішення керівництва закладу та нормативні документи, що надають певні переваги та вигоди) [41].

Натомість мотиватори є внутрішнім обґрунтуванням певної дії працівника з урахуванням його власних цінностей та потреб.

Розглядають фінансові та нефінансові стимули і мотиватори. Фінансові стимули та мотиватори також поділяють на прямі (отримання грошової винагороди) і непрямі (отримання оплачених послуг). Нефінансові стимули і мотиватори включають різні аспекти умов праці, визнання результатів і досягнень, а також можливість розвитку та вдосконалення.

Фінансові стимули. Хоча законодавство визначає можливості фінансового заохочення медичних працівників на додаток до основної оплати праці, керівники закладів бюджетного сектору медицини зазначають, що в реальності оплата праці майже не залежить від обсягу та якості наданих послуг (число прийнятих пацієнтів, ефективність лікування тощо). Така ситуація пояснюється двома причинами: по-перше, відсутністю чітких механізмів та інструментів вимірювання показників обсягу та якості послуг для окремих категорій медичного персоналу; по-друге, тим, що надбавки та премії скоріше розглядаються як інструмент утримання персоналу в умовах низької заробітної плати, ніж стимули, які необхідно «заслужити» («Зараз премія у нас знецінена. Вона використовується, щоб «витягнути» зарплату», – керівник ЦПМСД) [41].

Обов'язкові надбавки. Доплати і надбавки можна умовно поділити на компенсаційні (за додаткове навантаження, особливі умови праці тощо) та

стимулюючи (за кваліфікаційну категорію, науковий ступінь, знання іноземних мов тощо). Крім низки перерахованих надбавок до заробітної плати, важливим економічним «персональним» стимулом є також доплата за лікарський стаж медичним працівникам державних та комунальних ЗОЗ. Порядок виплати надбавки за вислугу років медичним працівникам державних та комунальних ЗОЗ затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 29.12.2009 № 1418116. Вона є обов'язковою виплатою. Менш поширеним є стимулювання за стаж у конкретному закладі. Це більше практикується у приватних клініках, де державні категорії медичних працівників чи вислуга років мають меншу вагу при визначенні розміру оплати праці.

Прямі фінансові стимули за роботу в сільській місцевості. В окремих районах місцеві бюджети фінансують спеціальні надбавки для медичних працівників, які працюють у районах. Наприклад, у Галицькій центральній районній лікарні Івано-Франківської області районною цільовою програмою місцевих стимулів для медичних працівників на 2018–2019 роки встановлено надбавку в розмірі 50% посадового окладу молодим лікарям, які прийшли працювати в сільські ЗОЗ117. У КЗ «Чечельницький РЦ ПМСД» Вінницької області надається одноразова грошова допомоги молодим спеціалістам – лікарям загальної практики – сімейним лікарям у розмірі п'яти посадових окладів при укладенні договору на строк не менше п'яти років. Слід зазначити, що практика оцінка ефективності таких стимулів та мотиваторів відсутня: незрозуміло, які саме стимули краще працюють для залучення та утримання медичних працівників у сільській місцевості [44].

Стимулювання на основі КПЕ – надання надбавок та премій за виконання індикаторів, спрямованих на підвищення якості надання медичних послуг, а також операційної ефективності. Ця схема більшою мірою поширена у приватних ЗОЗ та ЗОЗ-КНП і переважно стосується лікарів, ніж інших категорій медичного та немедичного персоналу. Найпоширенішими

КПЕ, за якими здійснюється додаткова оплата праці, є дохідність лікаря та виконання запланованих індикаторів охоплення медичними послугами.

Стимулювання за функціональну універсальність. Керівники бюджетних і приватних ЗОЗ погоджуються, що наявність більшого числа компетенцій та функцій, ніж це визначено посадовою інструкцією лікаря або медичної сестри, необхідно враховувати у фінансовому стимулюванні.

Оплата навчання, участі у професійних заходах. Основним непрямим фінансовим стимулом для лікарів та медичних сестер є оплата їх навчання та участі у конференціях, форумах чи інших професійних заходах як у країні, так і за кордоном. Є відмінності у ставленні до цього стимулу між керівниками бюджетних та приватних ЗОЗ. У бюджетних закладах стимулювання навчанням чи професійними заходами зазвичай розглядається як бонус за певні досягнення чи результати, а вибір заходу здебільшого є наслідком рекомендацій місцевого департаменту охорони здоров'я чи побажань співробітника. У приватних закладах більше значення мають стратегія закладу та можливість застосування навичок, набутих під час навчання, у межах поточного функціоналу. Є думка, що пропозиції щодо участі у професійних заходах від співробітників мають узгоджуватися з визначеними стратегічними цілями закладу, а якщо цього немає, то у фінансуванні навчання може бути відмовлено або запропоновано часткове фінансування. В окремих закладах, крім оплати професійного навчання, також здійснюється повне або часткове фінансування вивчення іноземної мови для медичних працівників [38].

Переваги та пільги в галузі житлово-побутового обслуговування. Слід зазначити, що фінансові стимули у формі субсидій на транспорт, житло або інші витрати на проживання є особливо ефективними в тих областях, де цих речей бракує або де вони визначалися як критичні умови для рекрутингу та утримання.

Програми забезпечення житлом здебільшого розробляються для залучення медичних працівників у сільські райони як один з інструментів

закриття дефіциту медичних кадрів. Наприклад, за умовами Програми забезпечення житлом медичних працівників Козелецького району Чернігівської області, житло надається для проживання медичним працівникам, які уклали контракт із районною лікарнею або районним центром первинної медико-санітарної допомоги на строк не менше 15 років.

Після 15 років роботи в медичному закладі медичним працівникам житло може бути передано у власність безкоштовно. В окремих районах програми місцевих стимулів для медичних працівників включають допомогу в оформленні пільгових кредитів на будівництво або придбання житла. У Полтаві діє програма «Турбота», яка передбачає безкоштовний проїзд у громадському транспорті для сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів дільничної служби. Є також програми забезпечення автомобільним чи мототранспортом.

Вручення подарунків. Вручення подарунків до ювілеїв, державних або професійних свят (Дня медичного працівника, Дня медичної сестри) є поширеною практикою як у державних, так і приватних ЗОЗ. В окремих закладах інноваційною практикою є те, що такі подарунки поєднуються із заходами зміцнення колективу. Так, в одній з приватних клінік подарунками до професійних свят слугують квитки на культурні заходи (театральні вистави, концерти, тощо), які колектив відвідує спільно [42].

Стимулювання залученості та ініціативності. Фінансові стимули також можуть надаватися за участь у заходах, безпосередньо не пов'язаних з основним професійним функціоналом: наприклад, за лідерство чи менторство (проведення навчання для пацієнтів, колег) або підготовку медійного контенту.

Нефінансові стимули Можна виділити 12 ключових нефінансових чинників, які утримують медпрацівників у бюджетному секторі медицини та в конкретному закладі (Табл. 8). Медичним працівникам насамперед важливі гарантія зайнятості, умови праці (приємний колектив, зручний графік роботи), а також усвідомлення цінності своєї роботи і можливості для

розвитку та вдосконалення (постійна наявність пацієнтів, можливість набувати досвіду).

Таблиця 8

Основні нефінансові стимули та мотиватори

Нефінансові чинники утримання у бюджетному секторі медицини	Нефінансові чинники утримання в конкретному медичному закладі
1. Гарантія зайнятості	1. Приємний колектив
2. Тривала відпустка	2. Хороше (лояльне) керівництво
3. Постійна наявність пацієнтів	3. Набутий авторитет, значущість у колективі
4. Наявність вільного часу після прийому	4. Можливість розвиватись, набувати досвіду
5. Можливість поєднувати основну роботу з іншими видами зайнятості	5. Зручне розташування закладу
6. Можливість приносити користь людям	6. Хороші умови праці (обладнаний кабінет, гарний ремонт тощо)

За результатами інтерв'ю з керівниками ЗОЗ з'ясовано, що найпоширенішими нефінансовими стимулами в Україні є публічне висловлення подяки та можливість прояву ініціативи, розвитку. Висловлення подяки не обмежується дошками пошани чи нарадами, а поширюється також у соціальних мережах та групах, де інформацію про досягнення лікаря можуть побачити не тільки колеги, а й пацієнти.

3.3. Робоче навантаження і раціональність

використання кадрових ресурсів. Оцінки робочого навантаження

Нераціональне робоче навантаження є відомою проблемою серед медичних працівників. Це може знижувати ефективність роботи і мотивацію та призводити до професійного вигорання або навіть звільнення. Відповідно до наказу МОЗ України від 25.05.2006 № 319119, для лікарів та середнього медичного персоналу рекомендоване робоче навантаження становить 38.5 години на тиждень. Для керівників та головних фахівців закладів охорони здоров'я, молодших медичних сестер і сестер-господарок рекомендовано 40-годинний робочий тиждень (за винятком тих, хто працює зі шкідливими умовами праці). Лікарям, які зайняті винятково амбулаторним прийомом,

рекомендується працювати 33 години на тиждень. Правилами внутрішнього трудового розпорядку або графіком роботи для лікаря можуть встановлюватися певні дні тижня, коли він веде тільки амбулаторний прийом хворих, відповідно, в ці дні тривалість його робочого дня має становити 6 годин 36 хвилин за п'ятиденного робочого тижня, решту днів тижня лікар повинен працювати по 7 годин 42 хвилини [33].

За результатами досліджень, в Україні лікарі в середньому працюють 42–43 години на тиждень, а в окремих регіонах робоче навантаження вдвічі перевищує рекомендовані норми. Разом з тим, такі середні показники не відображають реальної проблеми поширеності надмірного робочого навантаження, оскільки воно суттєво варіює як усередині ЗОЗ між окремими відділеннями та персоналом, так і між різними ЗОЗ у межах одного регіону (Рис. 21). У дослідженні Світового банку тільки близько 40% лікарів повідомили, що за умови значного збільшення зарплати (у п'ять разів) не зможуть приймати вдвічі більше пацієнтів без втрати якості медичних послуг. Це є непрямим показником недостатнього робочого навантаження у понад половини лікарів. Самооцінки робочого навантаження також суттєво відрізняються залежно від типу закладу, спеціальності та відділення. У дослідженні «Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛпослуги в семи регіонах України» половина медичних працівників ЦПМСД повідомили, що рівень їхнього робочого навантаження є стабільно високим і потребує зменшення, 25% вважали, що роботи достатньо, але не надмірно і є невеликі паузи, а ще 25% висловилися, що навантаження є дуже нерівномірним і змінюється залежно від дня тижня чи пори року [36].

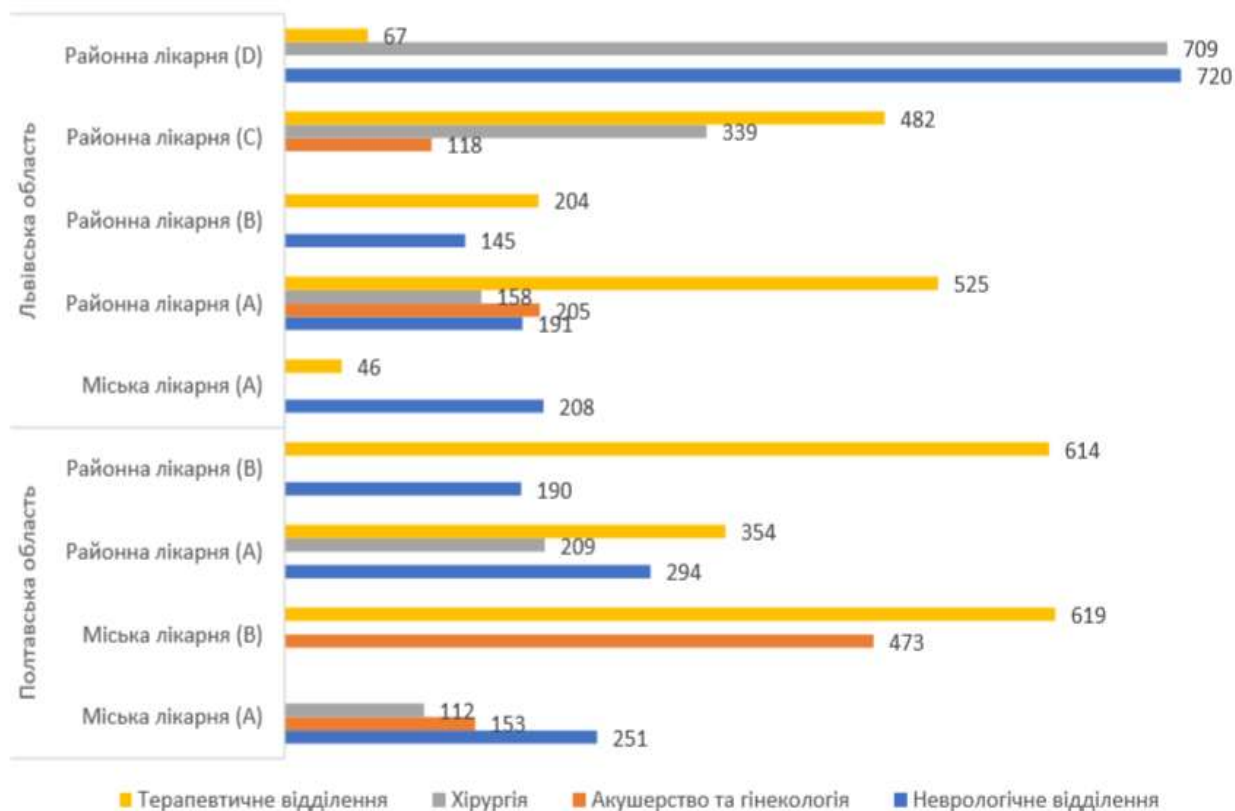


Рисунок 21. Кількість випадків на одного лікаря за рік у стаціонарах

Слід зазначити, що ЗОЗ бюджетного сектору переважно не здійснюють моніторингу робочого навантаження медичного персоналу або мають для цього обмежені інструменти. Окремі заклади практикують ведення паперових журналів часу прибуття на роботу і завершення робочого дня, проте ця інформація зазвичай не аналізується, крім розслідування випадків систематичного порушення, наприклад, частих і тривалих запізень. Відсутність такого моніторингу зазвичай пояснюється відсутністю трекінгових систем робочого часу, фінансовою неспроможністю створення або заповнення вакансій у випадку надмірного навантаження, а також низькою гнучкістю кадрової політики, наприклад, трансферу спеціалістів між окремими відділеннями. В окремих закладах висловлювалася думка про те, що такий моніторинг не потрібен («Є розрахований робочий час, і те, що людина не вкладається, – це вже її справа», – керівник відділу кадрів ЦПМСД). У приватних ЗОЗ моніторинг робочого навантаження є більш поширеним [39].

До 2016 р. в Україні діяли такі норми обслуговування для лікарів загальної практики – сімейних лікарів на одну годину роботи: п'ять відвідувань на прийомі в поліклініці, два відвідування – під час обслуговування хворих удома (наказ МОЗ України від 23.02.2001 № 72, втратив чинність з 16.10.2016). Більшість закладів планують чотири візити на годину амбулаторного прийому, відповідно, тривалість консультації становить 15 хв. Загалом у розвинених країнах є тенденція до збільшення середніх витрат часу на одну консультацію. Нині в десяти країнах середні витрати часу на одну консультацію лікаря загальної практики перевищують 15 хвилин; до числа цих країн належать Канада, Люксембург, Норвегія, Португалія, Саудівська Аравія, США, Швеція, Швейцарія, Фінляндія і Франція.

За результатами дослідження Світового банку, лікарі ЦПСМД приймають у середньому 11 пацієнтів за робочий день. У дослідженні Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» цей показник був у 2.5 рази вищим (28 пацієнтів за робочий день). Відмінності в оцінках можна пояснити тим, що ці дослідження охоплювали різні регіони країни. Навантаження вузькопрофільних спеціалістів також може бути високим через відсутність прихильності пацієнтів до первинного пошуку медичної допомоги у лікарів загальної практики. Наприклад, у Львівській області приблизно 70% лікарів, які працюють у стаціонарних відділеннях лікарень, повідомляють про прийом пацієнтів, яких не було направлено сімейним лікарем або спеціалістом поліклініки.

У експертних інтерв'ю з керівниками ЦПСМД нові нормативи кількості пацієнтів (для сімейного лікаря – 1 800 осіб, терапевта – 2 000 осіб, педіатра – 900 осіб) розглядалися переважно як високі. Водночас, визначені нормативи сприймалися як цільове значення, а не верхня межа кількості людей, яких може обслуговувати лікар. Надмірне робоче навантаження на первинній ланці також може бути результатом дефіциту медичних сестер, особливо у віддалених районах. Враховуючи дефіцит кадрових ресурсів у

ЗОЗ, надмірне робоче навантаження також виникає через те, що далеко не завжди у випадках хвороби, відпустки, відбуття на курси підвищення кваліфікації та інших подібних ситуацій є можливість замінити лікаря/медсестру іншим спеціалістом. Медпрацівник, який залишився, змушений вести прийом пацієнтів самотійно, виконуючи як свою роботу, так і функції колеги.

ВИСНОВКИ ПО РОЗДІЛУ 3

1. Обґрунтовано, що бачення системи оцінки ефективності персоналу суттєво відрізняється серед керівників ЗОЗ. Це зумовлює незбалансований підхід до оцінки персоналу, коли основну увагу керівники зосереджують винятково на клінічних результатах (таких як охоплення послугами, летальність) або, навпаки, на фінансових або операційних показниках.

2. Встановлено, що у бюджетному секторі основним інструментом оцінки ефективності лікарів та медсестер залишається атестація. Поза нею оцінка ефективності персоналу не є системною і скоріше є наслідком розслідування певних порушень/помилки, ніж рутинною практикою. Індикатори якості медичної допомоги та ефективності діяльності лікарів,

визначені в нормативних документах національного рівня або рівня закладів охорони здоров'я, часто не конкретні, не вимірювані й не мають чітких часових рамок. Переважає експертна бальна оцінка, яка може бути досить суб'єктивною. Одна з основних причин відсутності КПЕ – це обмеження системи збору даних, необхідних для оцінки показників.

3. Розроблена система стимулів та мотиваторів у ЗОЗ і включає такі практики: прямі фінансові стимули: непрямі фінансові стимули: нефінансові стимули. Застосування фінансових стимулів є обмеженим у ЗОЗ бюджетного сектору, які не пройшли реорганізацію в КНП, оскільки такі заклади фінансуються в межах кошторисних призначень статті оплати праці та нарахувань.

4. Відсутня практика оцінки економічної ефективності стимулів та мотиваторів, що впроваджуються на рівні ЗОЗ або в рамках регіональних цільових програм. У ЗОЗ бюджетного сектору фінансові та нефінансові стимули часто не узгоджуються зі стратегічними цілями, нормами й цінностями.

РОЗДІЛ 4 ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Характеристика та аналіз потенційно-шкідливих і небезпечних виробничих факторів

Для створення нормальних умов виробничої діяльності необхідно забезпечити не лише комфортні метеорологічні умови, а й необхідну чистоту повітря. В наслідок виробничої діяльності в повітряне середовище приміщень можуть надходити різноманітні шкідливі речовини, що використовуються в технологічних процесах. Шкідливими вважаються речовини, що при контакті з організмом людини за умов порушення умов безпеки можуть призвести до виробничої травми, професійного захворювання або розладів у стані здоров'я, що визначаються сучасними

методами як у процесі праці, так і віддалені строки життя теперішнього чи наступних поколінь (ГОСТ 12.1.007-76).

Шкідливі речовини можуть проникати в організм людини через органи дихання, органи травлення а також шкіру та слизові оболонки. Через дихальні шляхи потрапляють пари газо та пилоподібні речовини, через шкіру переважно рідкі речовини. Через шлунково-кишкові шляхи потрапляють речовини під час ковтання або при внесенні в їх в рот забрудненими руками.

Основним шляхом надходження промислових шкідливих речовин до організму людини є дихальні шляхи. Завдяки величезній (понад 90 м²) всмоктувальній поверхні легенів утворюються сприятливі умови для потрапляння шкідливих речовин у кров.

Шкідливі речовини, що потрапили ти, чи іншим шляхом в організм можуть викликати отруєння (гострі чи хронічні). Ступінь отруєння залежить від токсичності речовини, її кількості, часу дії, шляху проникнення, метеорологічних умов, індивідуальних особливостей організму. Гострі отруєння виникають в результаті одноразової дії великих дох шкідливих речовин (чадний газ, метан, сірководень). Хронічні отруєння розвиваються в наслідок тривалої дії на людину невеликих концентрацій шкідливих речовин (свинець, ртуть, марганець). Шкідливі речовини потрапивши в організм розподіляються в ньому нерівномірно. Найбільша кількість свинцю накопичується в кістках, марганцю – в печінці та ін. Такі речовини мають властивість утворювати в організмі так зване «депо» і затримуватись в ньому тривалий час.

При хронічному отруєнні шкідливі речовини можуть не лише накопичуватись в організмі (матеріальна кумуляція), але й викликати «накопичення» функціональних ефектів «функціональна кумуляція».

В санітарно-гігієнічній практиці прийнято поділяти шкідливі речовини на хімічні речовини та промисловий пил.

Хімічні речовини (шкідливі та небезпечні) відповідно до ГОСТу 12.0.003-74 за характером впливу на організм людини поділяються на :

- загально токсичні, що викликають отруєння всього організму (ртуть, оксид вуглецю, толуол, анілін);
- подразнюючі, що викликають подразнення дихальних шляхів та слизових оболонок (хлор, аміак, сирого водень, озон);
- сенсibiliзуючі, що діють як алергени (альдегід, розчинники та лаки на основі нітросполук);
- канцерогенні, що викликають ракові захворювання (ароматичні, вуглеводні, аміносполуки, азбест);
- мутагенні, що викликають зміни спадкової інформації (свинець, радіоактивні речовини, формальдегід);
- що впливають на репродуктивну (відтворення потомства) функцію (бензол, свинець, марганець, нікотин).

Слід зазначити, що існують і й інші різновиди класифікацій шкідливих речовин, наприклад, за переважаючою дією на певні органи чи системи людини (серцеві, кишково-шлункові, печінкові, ниркові), за основною шкідливою дією (задушливі, подразнюючі, нервові), за величиною середньо смертельної дози.

Виробничий пил досить розповсюджений небезпечний та шкідливий виробничий фактор. З пилом стикаються виробники машинобудування.

Пил може здійснювати на людину фіброгенну дію, при якій в легенях відбувається розростання сполучних тканин, що порушують нормальну будову та функцію органу.

Вражаюча дія пилу в основному визначається дисперсністю (розміром частинок пилу), їх формою та твердістю, волокнистістю питомою поверхнею.

Шкідливість виробничого пилу обумовлена його здатністю викликати професійні захворювання легенів, в першу чергу пневмоконіози.

Необхідно врахувати, що в виробничих умовах працівники, як правило, зазнають впливу кількох шкідливих речовин, в тому числі і пилу. При цьому їхня спільна дія може бути взаємо підсиленою, взаємо послабленою чи «незалежною».

На дію шкідливих речовин впливають також інші шкідливі та небезпечні фактори. Наприклад, підвищена температура і вологість як і значне м'язове напруження, в більшості випадків підсилюють дію шкідливих речовин.

Суттєве значення мають індивідуальні особливості людини, з огляду на це для робітників які працюють у шкідливих умовах проводяться обов'язкові попередні «при вступі на роботу» та періодичні (один раз на 3, 6, 12 та 24 місяці залежно від токсичності речовини) медичні огляди.

Вібрація серед всіх видів механічних впливів для технічних об'єктів найбільш небезпечні. Знакозмінні напруження, викликані вібрацією сприяють накопиченню пошкоджень в матеріалах, появі тріщин, руйнуванню.

Найчастіше і досить швидко руйнування об'єкта настає при вібраційних впливах за умов резонансу. Вібрації викликають також відмови машин, приладів.

За способом передачі на тіло людини вібрацію поділяють на загальну, яка передається через опорні поверхні на тіло людини, та локальну, котра передається через рухи людини. У виробничих умовах часто зустрічаються випадки комбінованого впливу вібрації – загальної та локальної

Вібрація викликає порушення фізіологічного та функціонального станів людини. Стійкі шкідливі фізіологічні зміни називають вібраційною хворобою. Симптоми вібраційної хвороби проявляються у вигляді головного болю, заніміння пальців рук, болю в кістках та передпліччі, виникають судоми, підвищується чутливість до охолодження, з'являється безсоння. При вібраційній хворобі виникають паталогічні зміни спинного мозку серцево-

судинної системи, кісткових тканин та суглобів, змінюється капілярний кругообіг.

Функціональні зміни, пов'язані з дією вібрації на людину оператора – погіршення зору, зміни реакції, вестибулярного апарату, виникнення галюцинацій, швидка втомлюваність. Негативні відчуття від вібрації виникають при прискореннях, що складають 5 % прискорення сили ваги, тобто при 0,5 м/с². Особливо шкідливі вібрації з частотами близькими до частот власних коливань тіла людини, більшість котрих знаходиться в межах 6...30 Гц.

Резонансні частоти окремих частин тіла наступні:

Очі	22...27
Горло	6...12
Грудна клітка	2...12
Ноги, руки	2...8
Голова	8...27
Обличчя та щелепи	4...27
Пояснична частина хребта	4...14
Живіт	4...12

Шум – будь який не бажаний звук, котрий заважає.

Виробничим шумом називається шум на робочих місцях, на дільницях або на територіях підприємства, котрий виникає під час виробничого процесу.

Наслідком шкідливої дії виробничого шуму можуть бути професійні захворювання, підвищення загальної захворюваності, зниження працездатності, підвищення ступеня ризику травм та нещасних випадків, пов'язаних з порушенням сприйняття попереджувальних сигналів, порушення слухового контролю функціонування технологічного обладнання, зниження продуктивності праці.

За характером порушення фізіологічних функцій шум поділяється на такий, що заважає (перешкоджає мовному зв'язку), подразнювальний

(викликає нервові напруження і внаслідок цього – зниження працездатності, загальну перевтому), шкідливий (порушує фізіологічні функції на тривалий період і викликає розвиток хронічних захворювань, котрі безпосередньо або опосередковано пов'язані зі слуховим сприйняттям, погіршення слуху, гіпертонію, туберкульозу, виразку шлунку), травмуючий (різко порушує фізіологічні функції організму людини).

Шум як фізичне явище – це коливання пружного середовища. Він характеризується звуковим тиском як функцією частоти та часу. З фізіологічної точки зору шум визначається як відчуття, що сприймаються органами слуху під час дії на них звукових хвиль в діапазоні частот 16 – 20000 Гц. Загалом шум – це безладне поєднання звуків різної частоти та інтенсивності.

Відповідно до ГОСТ 12.1.044-84 оцінку пожежовибухонебезпечності усіх речовин та матеріалів проводять залежно від агрегатного стану: газ, рідовина, тверда речовина (пил виділено в окрему групу). Тому і показники їхньої пожежовибухонебезпечності будуть дещо різні.

Перш за все визначають групу горючості даної речовини. За цим показником всі речовини та матеріали поділяються на негорючі, важкогорючі та горючі.

Негорючі – речовини та матеріали не здатні до горіння на повітрі нормального складу. Це неорганічні матеріали, метали, гіпсові конструкції.

Важкогорючі – це речовини та матеріали, які здатні до займання в повітрі від джерела запалювання, однак після його вилучення не здатен до самостійного горіння. До них належать матеріали, які містять горючі та негорючі складові частини. Наприклад, асфальтобетон, фіброліт.

Горючі – речовини та матеріали, які здатні самозаймання, а також займання від джерела запалювання і самостійного горіння після його вилучення. До них належать всі органічні матеріали. В свою чергу всі горючі матеріали поділяються на легкозаймисті, тобто такі, які займаються від джерела запалювання незначної енергії (сірник, іскра) без попереднього

нагрівання та важко займисті, які займаються від порівняно потужного джерела запалювання.

Температура спалаху – найнижча температура горючої сировини, при якій над її поверхнею утворюються пари або гази, здатні спалахнути від джерела запалювання, але швидкість їх утворення ще недостатня для стійкого горіння.

За температурою спалаху розрізняють:

- легкозаймисті рідини (ЛЗР) – рідини, які мають температуру спалаху, що не перевищує 61 °C у закритому тиглі (бензин, ацетон, етиловий спирт)
- горючі рідини (ГР) – рідини, які мають температуру спалаху понад 61 °C у закритому тиглі або 66 °C у відкритому тиглі (мінеральні мастила, мазут, формалін)

Важливими показниками, що характеризують пожежовибухо-небезпечні властивості газів, рідин та пилу є концентраційні межі поширення полум'я (запалення). Нижня (НКМ) та верхня (ВКМ) концентраційні межі поширення полум'я – це мінімальна та максимальна об'ємна (масова) доля горючої речовини у суміші з даним окислювачем, при яких можливе займання (спалахування) суміші від джерела запалювання з наступним поширенням полум'я по суміші на будь-яку відстань від джерела запалювання з наступним поширенням полум'я по суміші на будь-яку відстань від джерела запалювання.

Суміші, що містять горючу сировину нижче НКМ чи вище ВКМ горіти не можуть. Наявність областей негорючих концентрацій речовин та матеріалів надає можливість вибрати такі умови їх зберігання, транспортування та використання, при яких виключається можливість виникнення пожежі чи вибуху.

Значну вибухову та пожежну небезпеку становлять різноманітні горючі пиловидні речовини в завислому стані. Залежно від значення НКМ

поширення полум'я пил поділяється на вибухо- та пожежонебезпечний (пил деревини, тютюну).

Вимоги щодо конструктивних та планувальних рішень промислових об'єктів, а також інших питань забезпечення їхньої пожежо- та вибухобезпеки значною мірою визначаються категорією приміщень та будівель за вибухопожежною та пожежною небезпекою. Визначення категорії приміщення проводиться з урахуванням показників пожежовибухонебезпечності речовин та матеріалів, що там знаходяться (використовуються) та їх кількості.

Відповідно до ОНТП 24-86 приміщення за вибухопожежною та пожежною небезпекою поділяються на 5 категорій (А, Б, В, Г, Д).

Категорія А. Горючі гази, легкозаймисті рідини з температурою спалаху не більше 28 С в такій кількості, що можуть утворюватися вибухонебезпечні паро газоповітряні суміші, при спалахуванні котрих розвивається розрахунковий надлишковий тиск вибуху в приміщенні, що перевищує 5 кПа.

Речовини та матеріали, здатні вибухати та горіти при взаємодії з водою, киснем повітря або одне з одним в такій кількості, що розрахунковий надлишковий тиск вибуху в приміщенні перевищує 5 кПа.

Категорія Б. Горючий пил або волокна, легкозаймисті рідини з температурою спалаху більше 28 С та горючі рідини в такій кількості, що можуть утворюватися вибухонебезпечні пило повітряні або пароповітряні суміші, при спалахуванні котрих розвивається розрахунковий надлишковий тиск вибуху в приміщенні, що перевищує 5 кПа.

Категорія В. Горючі та важкогорючі рідини, тверді горючі та важкогорючі речовини і матеріали, речовини та матеріали здатні при взаємодії з водою, киснем повітря або одне з одним лише горіти за умови, що приміщення, в яких вони знаходяться, або використовуються, не відносяться до категорій А та Б.

Категорія Г. Негорючі речовини та матеріали в гарячому, розжареному або розплавленому стані, процес обробки яких супроводжується виділенням променистого тепла, іскор, полум'я; горючі гази, рідини, тверді речовини, які спалюються або утилізуються як паливо.

Категорія Д. Негорючі речовини та матеріали в холодному стані.

4.2. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму та вібрації

Боротьба з шумом у джерелі його виникнення – це найбільш дієвий спосіб боротьби з ним. Створюються мало шумні механічні передачі, розроблено способи зниження шуму в підшипникових вузлах, вентиляторів.

Зниження шуму звукопоглинанням. Об'єкт, котрий випромінює шум, розташовують у кожусі, внутрішні стінки якого покриваються звукопоглинальним матеріалом. Кожух повинен мати достатню звукопоглинальну здатність, не заважати обслуговуванню обладнання під час роботи, не ускладнювати його обслуговування, не псувати інтер'єр цеху. Різновидом цього методу є кабіна, в котрій розташовується найбільш шумний об'єкт і в котрій працює робітник. Кабіна зсередини вкрита звукопоглинальним матеріалом, щоб зменшити рівень шуму всередині кабіни, а не лише ізолювати джерело шуму від решти виробничого приміщення.

Зниження шуму звукоізоляцією. Суть цього методу полягає в тому, що шумовипромінювальний об'єкт або декілька найбільш шумних об'єктів розташовуються окремо, ізолювано від основного, менш шумного приміщення звукоізолюваною стіною або перегородкою. Звукоізоляція також досягається шляхом розташування найбільш шумного об'єкта в окремій кабіні. При цьому в ізолюваному приміщенні і в кабіні рівень шуму не зменшиться, але шум впливатиме на менше число людей. Звукоізоляція досягається також шляхом розташування оператора в спеціальній кабіні,

звідки він спостерігає та керує технологічним процесом. Звукоізоляційний ефект забезпечується також встановленням екранів та ковпаків. Вони захищають робоче місце і людину від безпосереднього впливу прямого звуку, однак не знижуючи шум в приміщенні.

Зниження шуму акустичною обробкою приміщення. Акустична обробка приміщення передбачає вкривання стелі та верхньої частини стін звукопоглинальним матеріалом. Внаслідок цього знижується інтенсивність відбитих звукових хвиль. Додатково до стелі можуть підвищуватись звукопоглинальні щити, конуси, куби, встановлюються резонаторні екрани, тобто штучні поглиначі. Штучні поглиначі можуть застосовуватись окремо або в поєднанні з личкуванням стелі та стін. Ефективність акустичної обробки приміщення залежить від звукопоглинальних властивостей застосовуваних матеріалів та конструкції, особливостей їх розташування, об'єму приміщення, його геометрії, місць розташування джерел шуму. Ефект акустичної обробки більший в низьких приміщеннях (де висота стелі не перевищує 6 метрів) витягнутої форми. Акустична обробка дозволяє знизити шум на 8 дБА.

Заходи щодо зниження шуму слід передбачувати на стадії проектування обладнання в цеху. Особливу увагу слід звертати на винесення шумного обладнання в окреме приміщення, що дозволяє зменшити число працівників в умовах підвищеного рівня шуму та здійснити заходи щодо зниження шуму з мінімальними витратами коштів, обладнання та матеріалів. Зниження шуму можна досягти шляхом знешумлення всього обладнання з високим рівнем шуму.

Роботу щодо знешумлення діючого виробничого обладнання в приміщенні розпочинають зі складання шумових карт і спектрів шуму, обладнання і виробничі приміщення, на підставі котрих виносяться рішення щодо напрямку роботи.

Загальні методи боротьби з вібрацією базуються на аналізі рівня, котрі описують коливання машин у виробничих умовах і кваліфікуються наступним чином:

- зниження вібрації в джерелі виникнення шляхом зниження або усунення збуджувальних сил.

- від лагодження від резонансних режимів раціональним вибором приведеної маси або жорсткості системи, котра коливається;

- вібродемпферування – зниження вібрації за рахунок сили тертя демпферного пристрою, тобто приведення коливальної енергії в тепло;

- динамічне гасіння – введення в коливну систему додаткових мас або збільшення жорсткості системи;

- віброізоляція – введення в коливну систему додаткового пружного зв'язку, з метою послаблення передавання вібрацій, суміжному елементу конструкції або робочому місцю;

- використання індивідуальних засобів захисту.

Зниження вібрації в джерелі її виникнення досягається шляхом зменшення сили, яка викликає коливання. Тому ще на стадії проектування машин та механічних пристроїв потрібно вибирати кінематичні схеми, в котрих динамічні процеси, викликані ударами та прискореннями, були б виключені або знижені. Зниження вібрації може бути досягнуте зрівноваженням мас, зміною маси або жорсткості, зменшенням технологічних допусків при виготовленні і складанні, застосуванням матеріалів з великим внутрішнім тертям. Велике значення має підвищення точності обробки та зниження шорсткості поверхонь, що труться.

Від лагодження від режиму резонансу. Для послаблення вібрації істотне значення має запобігання резонансним режимам роботи з метою виключення резонансу з частотою змушувальної сили. Власні частоти окремих конструктивних елементів визначаються розрахунковим методом за

відомими значеннями маси та жорсткості або ж експериментально на стендах.

Резонансні режими при роботі технологічного обладнання усуваються двома шляхами: зміною характеристик систем (маси або жорсткості) або встановленням іншого режиму роботи (від лагодження резонансного значення кутової частоти змушувальної сили).

Вібродемпферування. Цей метод вібрації реалізується шляхом перетворення енергії механічних коливань коливальної системи в теплову енергію. Збільшення витрат енергії в системі здійснюється за рахунок використання в якості конструктивних матеріалів з великим внутрішнім тертям: пластмас, метало гуми, сплавів марганцю та міді, нікельованих сплавів, нанесення на вібруючі поверхні шару пружном'язких матеріалів, котрі мають великі втрати на внутрішнє тертя. Найбільший ефект при використанні вібродемпферних покриттів досягається в областях резонансних частот, оскільки при резонансі значення впливу сил тертя на зменшення амплітуди зростає.

Найбільший ефект вібродемпферного покриття дають за умови, що протяжність вібродемпферного шару спів розмірна з довжиною хвилі згину в матеріалі конструкції. Покриття потрібно наносити в місцях, де генерується вібрація максимального рівня. Товщина вібродемпферних покриттів береться рівною 2-3 товщинам елемента конструкції, на котру воно наноситься.

Добре демпфернують коливання мастильні матеріали. Шар мастила між двома спряженими елементами усуває можливість їх безпосереднього контакту, а відтак – появу сил поверхневого тертя, котрі є причиною збудження вібрації.

Віброгасіння. Для динамічного гасіння коливань використовуються динамічні віброгасії, маятникові, ексцентрикові, гідравлічні. Вони являють собою додаткову коливну систему з масою m та жорсткістю q , власна частота котрої f_0 , налаштована на основну частоту f коливань даного агрегату, що має масу M та жорсткість Q , віброгасій кріпиться на вібруючому агрегаті і

налаштовується таким чином, що в ньому в кожний момент часу збуджуються коливання, котрі знаходяться в протифазі з коливаннями агрегату. Недоліком динамічного гасія є те, що він діє лише при певній частоті, котра відповідає його резонансному режиму коливань.

Для зниження вібрації застосовується також ударні віброгасії маятникового, пружинного і плаваючого типів. В них здійснюється перехід кінетичної енергії відносного руху елементів, що контактують, в енергію деформації з поширенням напружень із зони контакту по елементах, що взаємодіють. В наслідок цього енергія розподіляється по об'єму елементів віброгасія, котрі зазнають взаємних ударів, викликаючи їх коливання. Одночасно відбувається розсіювання енергії внаслідок дії сил зовнішнього та внутрішнього тертя. Маятникові удари віброгасія використовуються для гасіння коливань частотою 0,4 – 2 Гц, пружинні – 2 – 10 Гц, плаваючі – понад 10 Гц.

Віброгасії камерного типу призначені для перетворення пульсуючого потоку газу в рівномірний. Такі віброгасії встановлюються на всмоктувальній та нагнітальній сторонах компресорів, на гідроприводах.

Вони забезпечують значне зниження рівня вібрацій трубо- та газопроводів.

Динамічне віброгасіння досягається також встановленням агрегату на масивному фундаменті. Маса фундаменту підбирається таким чином, щоб амплітуда коливань підосви фундаменту не перевищувала 0,1 – 0,2 мм.

Віброізоляція полягає у зниженні передачі коливань від джерела збудження до об'єкта, що захищається, шляхом введення в коливну систему додаткового пружного зв'язку. Цей зв'язок запобігає передачі енергії від коливного агрегату до основи або від коливної основи до людини, або від конструкцій, що захищаються.

Віброізоляція реалізується шляхом встановлення джерела вібрації на віброізоляторі. В комунікаціях повітропроводів розташовуються гнучкі вставки. Застосовуються пружні прокладки у вузлах кріплення

повітропроводів, в перекриттях, несучих конструкціях будівель, в ручному механізованому інструменті.

Для віброізоляції стаціонарних машин з вертикальною змушувальною силою використовують віброізольовані опори у вигляді прокладок або пружин. Однак можлива їх комбінація. Комбінаційних віброізолятор поєднує пружинний віброізолятор з пружною прокладкою. Пружинний віброізолятор пропускає високочастотні коливання, а комбінований забезпечує необхідну ширину діапазона коливань, що гасяться. Пружні елементи можуть бути металевими, полімерними, волокнистими, пневматичними, гідравлічними, електромагнітними.

Засоби індивідуального захисту від вібрації застосовуються у випадку, коли розглянуті вище технічні засоби не дозволяють знизити рівень вібрації до норми. Для захисту рук використовуються рукавиці, вкладиши, прокладки. Для захисту ніг – спеціальне взуття, підметки, наколінники. Для захисту тіла – нагрудники, пояси, спеціальні костюми.

З метою профілактики вібраційної хвороби для працівників рекомендується спеціальний режим праці. Наприклад, при роботі з ручними інструментами загальний час роботи в контакті з вібрацією не повинен перевищувати $\frac{2}{3}$ робочої зміни. При цьому тривалість безпосереднього впливу вібрації, включаючи мікро паузи, не повинна перевищувати 15 – 20 хв. Передбачається ще дві регламентовані перерви для активного відпочинку.

Всі, хто працює з джерелами вібрації, повинні проходити медичні огляди перед вступом на роботу і періодично, не рідше 1 разу на рік.

4.3. Розрахунок освітлення приміщення

Зробити розрахунок загального освітлення цеха. Довжина – $A = 40$ м, ширина $B = 42$ м, висота $H = 8$ м. Висота робочої поверхні $h_p = 1,5$ м. Для освітлення використовуються світильники з люмінесцентними лампами типу ПВЛМ. Мінімальна освітленість лампами розжарювання за нормами

$E_{\min} = 100$ лк. Напруга мережі 220 В.

Відстань від стелі до робочої поверхні

$$H_0 = H - h_p = 8 - 1,5 = 6,5 \text{ м.}$$

Відстань від стелі до світильників

$$h_c = 0,2 H_0 = 0,2 * 6,5 = 1,3 \text{ м.}$$

Висота підвішування світильника над освітлювальною поверхнею

$$h = H_0 - h_c = 6,5 - 1,3 = 5,2 \text{ м.}$$

Висота підвищування світильника над підлогою

$$H_p = h + h_p = 5,2 + 1,5 = 6,7 \text{ м.}$$

(величина, що знаходить в межах норм). Для досягнення найбільшої рівномірності освітлення приймаємо відношення

$$L / h = 1,5 /$$

Тоді відстань між центром світильників

$$L = 1,5 H_p = 1,5 * 6,7 = 10,05 \text{ м.}$$

Необхідна кількість світильників

$$N = \frac{S}{L^2} = \frac{40 * 42}{10,05^2} = 16$$

Приймаємо 16 світильників (чотири ряди по 4 світильники).

Індекс приміщення.

$$i = \frac{AB}{h(A+B)} = \frac{40 * 42}{5,2(40+42)} = 3,9$$

За таблицею при $i = 3,9$; $h_p = 70 \%$, $P_c = 50 \%$, $P_p = 10 \%$ для світильника типу ПВЛМ коефіцієнт використання світлового потоку 0,68.

Світловий потік однієї лампи

$$\Phi = \frac{E_{\min} S K_3 Z}{N} = \frac{100 * 1680 * 1,4 * 1,1}{28 * 0,68} = \frac{258720}{19,04} = 13588 \text{ лм.}$$

де коефіцієнт запасу $K_3 = 1,4$; $Z = 1,1$ для люмінесцентних ламп.

За знайденим світловим потоком, вибираємо лампу потужністю 1000 Вт, що має світловий потік 14600 лм, найбільш близький до розрахункового.

При цьому фактична освітленість:

$$E_{\phi} = E_n \frac{\Phi_{\lambda}}{\Phi_p} = 100 \frac{14600}{13588} = 107 \text{ лк.}$$

Загальна потужність освітлювальної установки

$$P_3 = P_{\lambda} N = 1000 * 28 = 28000 \text{ Вт.} = 28 \text{ кВт}$$

ВИСНОВКИ

1. Доведено, що кадрова криза стосується насамперед середнього медичного персоналу, а не лікарів. Враховуючи тенденції реформи щодо оптимізації мережі ЗОЗ та зміни в системі фінансування спеціалізованої допомоги, які набудуть чинності з 2020 р., можна очікувати на оптимізацію закладів, зокрема їх укрупнення чи перепрофілювання; це, в свою чергу, може вплинути на подальше скорочення чисельності медичного персоналу.

2. Доведено, що географічний розподіл медичних кадрів є нерівномірним. Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.

3. Встановлено, що у загальній структурі медичної допомоги є надлишок КРОЗ спеціалізованої допомоги. Чотири з п'яти лікарів є лікарями-спеціалістами. Частка лікарів-спеціалістів є вищою за середньоєвропейський показник. Зростання кількості сімейних лікарів здебільшого відбувається за рахунок перепрофілювання терапевтів та педіатрів, а не збільшення частки лікарів первинної ланки.

4. Проведений аналіз показав, що в Україні відсутня національна оцінка відповідності потреб населення у вимірі захворюваності та факторів ризику структурі та кількості КРОЗ. Це ускладнює планування КРОЗ. Низька задоволеність системою медичної допомоги, вища задоволеність медичним персоналом. За результатами національних досліджень (КМІС, СГ «Рейтинг»), тільки кожен десятий задоволений якістю медичної допомоги, проте два з трьох опитаних задоволені своїм сімейним лікарем; рівень задоволеності сімейними лікарями вищий, ніж вузькопрофільними спеціалістами.

5. Оцінка показала, що кількість громадян України, що здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями, упродовж тривалого

часу є сталою. Певне скорочення набору абітурієнтів зумовлено підвищенням вимог до їх підготовки (політика 150+ балів ЗНО) відбувається з 2018 р., але воно не є критичним для системи охорони здоров'я.

6. Слід зазначити, що упродовж 2018–2019 рр. відбулися значні зміни в системі обов'язкового підвищення кваліфікації медичного персоналу. До 2019 р. система підвищення кваліфікації українських лікарів включала атестацію на присвоєння та підтвердження кваліфікаційної категорії кожні п'ять років. Зараз лікарі мають брати участь у заходах з підвищення кваліфікації щороку через формальне або інформальне (дистанційне) навчання, і їм не обов'язково проходити підвищення кваліфікації саме в закладах післядипломної медичної освіти.

7. Аналіз показав, що наявні практики пошуку та відбору медичних кадрів для заміщення вакантних посад у бюджетних ЗОЗ є неефективними, непрозорими і неконкурентними. В умовах відсутності реального ринку медичних кадрів у бюджетному секторі, конкурсна основа прийому на роботу не використовується. Оцінка відповідності претендента вакантній посаді відбувається переважно за формальними ознаками, визначеними у кваліфікаційних вимогах (диплом, стаж, кваліфікаційна категорія тощо).

8. Нинішнє неефективне використання кадрових ресурсів системи охорони здоров'я є наслідком недотримання пацієнтами алгоритму переадресації між різними рівнями медичної допомоги, значних витрат часу на заповнення медичної документації та дублювання форм звітності.

9. Розробка КПЕ – це насамперед кількісні показники, що відображають, наскільки добре організація досягає поставлених цілей і завдань. Індикатори якості медичної допомоги та ефективності діяльності лікарів, визначені в нормативних документах національного рівня або рівня закладів охорони здоров'я, часто не конкретні, не вимірювані й не мають чітких часових рамок. Переважає експертна бальна оцінка, яка є досить суб'єктивною.

ЛІТЕРАТУРА

1. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». URL: <http://medstat.gov.ua>.
2. International Standard Classification of Occupations. Available at: <https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm>.
3. European Core Health Indicators (ECHI). Available at: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en.
4. Єдина державна електронна база з питань освіти. URL: <https://info.edbo.gov.ua>. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. Навчальні матеріали онлайн. 2015. URL: pidruchniki.com.
5. Габуева Л.А. Механизмы эффективного финансирования в здравоохранении. М.: Международный центр финансово-экономического развития, 2017. 288 с.
6. Кіча Д.І., Фоміна А.В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я. URL: medbib.in.ua. 2019. 258с
7. Спеціалізовані хірургічні кадри (на 100 000 населення). Джерело: Світовий банк [веб-сайт]. Вашингтон (округ Колумбія): Група Світового банку; 2019 рік (<https://data.worldbank.org/indicator>, станом на 2 вересня 2019 року).
8. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2010_3/files/DU310_02.pdf.
9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс] : моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2019. 460 с. URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.

10. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2018. 116 с.
11. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників галузі охорони здоров'я / розроб. Підаєв А. В. та ін. К.: МОЗ України, Мін-во праці та соц. політики. 2017. 229 с.
12. Дурдикулієва Н. Менеджери медицини нової генерації. Ваше здоров'я. 2019. № 14. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=862>
13. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. К. : [б. и.], 2016. 335 с.
14. Криштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджмент в здравоохранении. – К. : Здоров'я, 2015. 180 с.
15. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2018. 276 с.
16. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності галузі охорони здоров'я України. 2018 рік / за ред. В. В. Шафранського. К., 2019. 452 с.
17. Руководство к своду знаний по управлению проектами. Руководство PMBOK-6 / Project Management Institute, PMI/ М.: "[Олимп-Бизнес](#)", — 2019г.
18. Лоффлер Марк. Ретроспектива в Agile. Проверенные методы и инновационные подходы / Марк Лоффлер / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2020г
19. Кэган Марти. Вдохновленные. Все, что нужно знать продакт-менеджеру / Марти Кэган / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2020г
20. Голдштейн Илан. Scrum без ошибок. Инструменты, техники и советы для тех, кто работает по Agile / Илан Голдштейн / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2019г

21. Бэнфилд Ричард. Лидеры продукта. Как лучшие в мире продакт-менеджеры создают команды и запускают крутые продукты / Ричард Бэнфилд, Мартин Эрикссон, Нейт Уокингшо / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2019г
22. Agile. Практическое руководство / Коллектив авторов/ М.: "[Олимп-Бизнес](#)", — 2019г
23. Беркун Скотт. Сделано. Проектный менеджмент на практике / Скотт Беркун / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2019г
24. Швабер Кен. Скрам. Гибкое управление продуктом и бизнесом / Кен Швабер / К.: "[Альпіна Паблішер](#)", — 2020г
25. Когон Корі. Керування проектами для «неофіційних» проект-менеджерів / Корі Когон, Сьюзетт Блейкмор, Джеймс Вуд / К.: "[Фабула](#)", — 2018г
26. Инглунд Рэндалл. Руководитель проектов. Все навыки, необходимые для работы / Рэндалл Инглунд, Альфонсо Бусеро/ М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2018г
27. Армстронг М. Практика управления человеческими ресурсами. / пер. с англ.; под ред. С.К. Мордовина. – СПб.: Питер, 2019. – 848 с.
28. Боссиди Л. Исполнение: Система достижения целей / Л. Боссиди, Р. Чаран; пер. с англ. – М.: Альпина Пабlishерз, 2017. – 325 с.
29. Бушуев С.Д. Креативные технологии управления проектами и программами: монография / С.Д. Бушуев, Н.С. Бушуева, И.А. Бабаев, В.Б. Яковенко и др. – К.: Саммит-Книга, 2010. – 768 с.
30. Бушуев С.Д. Управление проектами: Основы профессиональных знаний и система оценки компетентности проектных менеджеров / С.Д. Бушуев, Н.С. Бушуева (National Competence Baseline, NCB UA Version 3.0). – К.: ІРІДУМ, 2006. – 208 с.
31. Бушуєва Н. С. Управління проектами та програмами організаційного розвитку: навч. посібн. / Н.С. Бушуєва, Ю.Ф. Ярошенко, Р.Ф. Ярошенко. – К.: Саммит-Книга, 2010. – 200 с.

32. Грей К. Ф., Ларсон Э. У. Управление проектами: Практическое руководство / Пер. с англ. – М.: Издательство «Дело и Сервис», 2019. – 528 с.
33. Керцнер Г. Стратегическое планирование для управления проектами с использованием модели зрелости [пер. с англ.] / Г. Керцнер. – М.: Компания АйТи; М.: ДМК Пресс, 2016. – 320 с.
34. Мазур И.И., Шапиро В.Д., Ольдерогге Н.Г. Управление проектами: Учебн. пособ. / Под общ. ред. И.И. Мазура. — 2-е изд. — М.: Омега-Л, 2016. — 664 с.
35. Організаційна поведінка / Д. Гелрігел, Дж. В. Слокум-молодший, Р.В. Вудмен, Н.С. Бренінг; Пер. з англ.. І. Тарасюк, М. Зарицька, Н. Гайдукевич. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2018. – 726 с.
36. Хаксевер К., Управление и организация в сфере услуг / К. Хаксевер, Б. Рендер, Р. Рассел, Р. Медик; пер. с англ. под. ред. В.В. Кулибановой. – СПб.: Питер, 2016. – 752 с.
37. Чейз Р. Производственный и операционный менеджмент / Р. Чейз, Ф. Джейкобз, Дж. Аквилано ; 10-е изд.: пер. с англ. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2007. – 1184 с.
38. Christopher, M. Logistics and Supply Chain Mangament. Strategies for Reducing Cost and Improving Service / M. Christopher. – 2 ed. – London : Financial Temes-Pitman Publishing, 2018. – 80 p.
39. Pharma 2020: Supplying the future by PriceWaterhouse Coopers [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.pwc.com/en_GX/gx/pharma-life-sciences/
40. Pharma 2020: The Vision — Which Path Will You Take? by P riceWaterhouse Coopers [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pharma2020/pharma-2020>
41. TOP-50-Pharmaceutical-companies-Pharm-Exec The Pharm Exec [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.scribd.com/doc/21016515/>

42. Посилкіна О.В., Сагайдак-Нікітюк Р.В., Загорій Г.В., Горбунова О.Ю., Юрченко А.П. Логістичний менеджмент фармацевтичного виробництва: Монографія.- Х.: Вид-во НФаУ : Золоті сторінки, 2017.- 772с.

43. Евразийский союз ученых (2020) Инновационный подход к логистике в медицине (<https://euroasia-science.ru/ekonomicheskie>).

44. Реформа системи охорони здоров'я (<https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemiohoroni-zdorovya>).

45. Benchmarking The Hospital Logistics Process. URL : <https://logisticsmanagementandsupplychainmanagement.wordpress.com/category/healthcare-logistics/> (дата звернення: 18.01.2019).

46. Сайников Е.В. Новые подходы к организации обеспечения медицинским имуществом на региональном уровне. URL : http://www.farosplus.ru/index.htm?/mtmi/mt_4_10/nov_podhody.htm (дата звернення: 21.06.2019).

47. Кочін І. В. Медицина катастроф: виробниче видання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко ; за ред. проф. І. В. Кочіна. – Київ : Здоров'я, 2018. – 724 с.

48. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

49. Про Загальнодержавну цільову програму захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру на 2013–2017 роки : Закон України від 07.06.2012 р. № 4909-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

50. Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту : постанова КМУ від 09.01.2014 р. № 11 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

51. Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні : наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500

[Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.

52. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту : <http://www.moz.gov.ua>

53. "Державний реєстр лікарських засобів України". Дані станом на травень 2019 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.drlz.kiev.ua>