

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: РОЗВИТОК КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ
В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Шабардіна Ганна Василівна

Керівник: Сергійчук С.І.

Рецензент: Сіренко І.В.

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

З А В Д А Н Н Я

Шабардіній Ганні Василівні

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доцента Сергійчука С.І.

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

РОЗВИТОК КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

В СФЕРІ 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 менеджменту в закладах охорони здоров'я 2 Аніліз кадрового потенціалу в медичних закладах 3 Розвиток механізмів кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я 4. Охорона праці

5. Перелік графічного матеріалу Управлінські форми та функції, Оплата праці лікарів первинної медичної допомоги в обраних країнах ЄС, Основні принципи в сфері громадського здоров'я (на прикладі Нідерландів), Форми та терми навчання в процесі підготовки фахівців громадської охорони здоров'я у світі, Дані про лікарські кадри, Мережа і кадри закладів охорони здоров'я, Дані про атестацію лікарів, Розрахунок оплати праці при системі аналітичної оцінки робіт (система балів), Показники охорони здоров'я, Система управління персоналом медичної організації, Структурні компоненти практично орієнтованого кейс-методу на основі інформаційних веб-технологій, Учасники освітнього процесу

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 Сергійчук С.І. / _____ /Магістрант Шабардіна Г. В. / _____ /

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі Шабардіної Г. В. на тему «Розвиток кадрового менеджменту в сфері охорони здоров'я» розкрито теоретичні основи менеджменту в закладах охорони здоров'я. Проведено аналіз кадрового потенціалу в медичних закладах. Розроблено механізм розвитку кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я. Метою дослідження є обґрунтування підходів до системи кадрового менеджменту сфери охорони здоров'я в умовах реформування галузі. Набули подальшого розвитку: механізми кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я на основі аналізу стану кадрового забезпечення та системи оплати праці для ефективного управління кадровими ресурсами з використанням безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій

Ключові слова: заклади охорони здоров'я, кадровий потенціал, медичні заклади, реформування, інформаційні веб-технології.

SUMMARY

In the master's thesis Shabardiyn GV on the topic "Development of personnel management in the field of health care" the theoretical foundations of management in health care institutions are revealed. The analysis of personnel potential in medical institutions is carried out. A mechanism for the development of personnel management in health care facilities has been developed. The purpose of the study is to substantiate the approaches to the system of personnel management in the field of health care in the context of reforming the industry. The subject of the research is the theoretical and methodological principles of personnel management in health care institutions. Scientific novelty of the obtained results. Further developed: mechanisms of personnel management in health care facilities based on the analysis of the state of staffing and remuneration system for effective management of human resources using continuous medical education based on information web technologies.

Keywords: health care facilities, human resources, medical facilities, reforms, web information technologies.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Сутність та поняття менеджменту в охороні здоров'я	9
1.2. Функціонування управління охороною здоров'я у світі та в Україні	14
1.3. Принципи підготовки кадрового ресурсу в системі охорони здоров'я	19
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2 АНІЛІЗ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ	
2.1. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я	30
2.2. Оплата праці в галузі охорони здоров'я	39
Висновки до розділу 2	47
РОЗДІЛ 3 РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	48
3.1. Технології управління кадровими ресурсами в закладах охорони здоров'я	
3.2. Системи управління оперативною діяльністю	61
3.3. Механізми навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій	65
Висновки до розділу 3	73
РОЗДІЛ 4 ОХОРОНА ПРАЦІ	74
ВИСНОВКИ	89
ЛІТЕРАТУРА	91

ВСТУП

Актуальність теми. Актуальність проблеми кадрового менеджменту сфери охорони здоров'я в Україні на сьогодні зростає через необхідність стійкої роботи системи охорони здоров'я. Основні напрямки розвитку державного управління спрямовані на досягнення гідного рівня життя громадян та вдосконалення соціальних, економічних стандартів розвитку суспільства. Підставою реалізації поставлених державою пріоритетів є збереження та зміцнення здоров'я трудового потенціалу країни, що є одним з основних завдань системи охорони здоров'я.

Медичні кадри є головною і досить вагомою частиною системи охорони здоров'я, забезпечуючи результативну і ефективну діяльність не тільки галузі в цілому, але й окремих її об'єктів та структур. Саме наявність кадрового ресурсу, їх кваліфікація та розподіл, мотивація, умови діяльності, оплата праці, добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню. Кадрові ресурси значною мірою відповідальні за проведення ефективних реформ у галузі охорони здоров'я. Зміцнення кадрового забезпечення дедалі частіше визнають ключовим фактором стійкої роботи системи охорони здоров'я.

Теоретичні проблеми розвитку сфери охорони здоров'я розглядаються в роботах багатьох економістів, юристів, медиків. Науковці усе більшу увагу приділяють пошуку шляхів удосконалення системи управління системою охорони здоров'я в період реформування. Так, окремі важливі аспекти кадрового забезпечення в сфері управління охороною здоров'я вже стали предметом розгляду багатьох дослідників. Зокрема, окремі аспекти реалізації сучасного кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я а актуальним питанням.

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 дослідження є обґрунтування підходів до системи кадрового менеджменту сфери охорони здоров'я в умовах реформування галузі.

Для вирішення поставленої мети були поставлені завдання:

- провести аналіз процесу функціонування системи управління закладами охорони здоров'я;
- провести аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я;
- провести аналіз оплати праці в галузі охорони здоров'я;
- обґрунтувати технології управління кадровими ресурсами в закладах охорони здоров'я;
- запровадити систему управління оперативною діяльністю;
- обґрунтувати механізми навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій

Об'єктом дослідження є процеси кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я;

Предметом дослідження є теоретико-методичні засади кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я

Наукова новизна одержаних результатів. набули подальшого розвитку: механізми кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я на основі аналізу стану кадрового забезпечення та системи оплати праці для ефективного управління кадровими ресурсами з використанням безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій

Методи дослідження. Використано наступні методи: статистичний, бібліосемантичний, епідеміологічний, моделювання, експертних оцінок, системного підходу. Склали загальнонаукові та спеціальні методи та прийоми наукового дослідження; аналіз контингенту студентів; європейський досвід визначення потреби в кадрах для СГЗ. У процесі

обробки матеріалів дослідження застосовувались сучасні технології та програми.

Інформаційною базою дослідження стали матеріали державної статистичної звітності, база даних Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я для всіх», World Health Statistics, законодавчі та нормативно-правові акти, матеріали Державного комітету статистики України, Головного управління статистики у Миколаївській області, матеріали наукових конференцій.

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

Особистий внесок здобувача полягає у визначенні теоретичних основ кадрового менеджменту. Автор здійснив розробку і практичну реалізацію механізму навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій, системи управління оперативною діяльністю

Структура і обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку літератури. Обсяг роботи - 100 стор., – 11 таблиць, – 4 рисунків. Список використаних джерел – 58 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ

В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та поняття менеджменту в охороні здоров'я

Якщо розглядати менеджмент в контексті його вживання у сфері охорони здоров'я як макросистеми, то можна скористатися наступним визначенням: «Менеджмент охорони здоров'я – наука управління, регулювання та контролю фінансових, трудових та матеріальних ресурсів органами і установами охорони здоров'я» [10].

Мета менеджменту охорони здоров'я – зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності населення при наявних ресурсах.

Задача менеджменту охорони здоров'я – це найефективніше досягнення мети шляхом підвищення якості лікувальних, діагностичних та профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

Об'єкт менеджменту охорони здоров'я – лікувально-профілактична установа (медичне підприємство, установа).

Суб'єкт менеджменту охорони здоров'я – управлінський апарат, органи (Міністерство охорони здоров'я, головні лікарі, завідувачі відділеннями, начальники клінік).

Управління як вид діяльності існувало впродовж всієї історії. Можна сказати, що управління існувало з того моменту, коли у людей виникла потреба в спільних роботах. Певна форма управлінської діяльності з'явилася, коли треба зібрати податки, створити армію, нагодувати людей.

Управління (менеджмент) взагалі можна трактувати з одного боку – процес впливу на кого-небудь, що-небудь, та разом з тим, з другого боку – як систему управляючих суб'єктів, об'єктів управління та управлінських дій.

Таким чином, управління установами охорони здоров'я, можна розглядати з двох позицій:

1. Менеджмент охорони здоров'я – це процес впливу на матеріальні, трудові, фінансові відносини (матеріальні, людські, фінансові ресурси), їх організацію для реалізації економічної та соціальної політики лікувально-профілактичної установи.

2. Управління охороною здоров'я – це сукупність всіх органів апарату управління лікувально-профілактичною установою та їх управлінських дій.

Аналіз управління (менеджменту) визначається принципами, методами, функціями та цілями управління. Принципи менеджменту:

1. Організаційні, координаційні, оперативні принципи, які направлені на активізацію та посилення мотивації діяльності кожного співробітника та всього колективу. Серед них: влада, відповідальність; єдиноначальність; єдність керівництва; централізація; лінійне управління; порядок; стабільність; ініціатива.

2. Принципи розвитку, направлені на оптимізацію взаємостосунків та підвищення ефективності колективної діяльності. Це – дисципліна, справедливість, підкорення індивідуальних інтересів загальним, кооперативний дух, постійність персоналу, винагороди.

3. Принципи підвищення іміджу, авторитету, представництва установи.

Методи управління наступні (загальна класифікація):

- організаційно-розпорядчі;
- економіко-господарчі;
- правові;
- соціально-психологічні.

Методи управління:

- методи підкріплення та стимулювання;
- методи регулювання поведінки;

- методи з оптимізації трудового процесу та зростання відповідальності співробітників;
- розвиток ініціативи співробітників та підвищення індивідуальної майстерності.

Функції управління визначаються рівнем системи управління, табл 1.

Система управління будь-якого об'єкту має три рівні:

- стратегічний – на даному рівні визначаються цілі та можливі результати в перспективі;
- тактичний – рівень дозволяє оптимально визначити конкретні задачі, організацію, поетапне виконання та контроль результатів;
- оперативний – цей рівень забезпечує ефективне виконання виробничих процесів з оптимальним використанням наявних ресурсів. До цього рівня можна віднести облік, контроль та аналіз діяльності вже функціонуючих структур.

Розглянемо менеджмент в контексті вживання у сфері охорони здоров'я як мікросистеми – управління безпосередньо медичною установою як самостійною господарською одиницею.

В управлінні лікувально-профілактичною установою присутні 2 сторони:

- суб'єкт управління (менеджери);
- об'єкт управління (трудові, фінансові, матеріальні ресурси).

В лікувально-профілактичній установі діють 3 рівні системи управління:

- стратегічний рівень - головний лікар;
- тактичний рівень - заступники головного лікаря по напрямках і розділах роботи, включаючи старшу медичну сестру;
- оперативний рівень - керівники відділень, підрозділів, які не мають підлеглих інших керівників, включаючи старших медичних сестер відділень.

Таблиця 1.

Управлінські форми та функції

Форми Функції	Бюджетна установа	Спеціальний рахунок	Комунальне підприємство	Партнерство державного (комунального) та приватного секторів
	низький → рівень управлінської автономії → високий			
Рівні кадр. забезпечення	Наказ МОЗ України №33		Залежать від замовника послуг	Визначаються відповідно до потреб та пріоритетів
Структура організації	Затверджені на національному рівні кваліфікаційні характеристики, методичні рекомендації до посадових інструкцій та звітність		Посадові інструкції залежать від потреб медичного закладу, а відповідальність - від оцінки результатів діяльності	
Підбір кадрів та прийняття на роботу	Власне або делеговане повноваження власника. Наймані працівники бюджетної організації		Власне або делеговане повноваження власника, можливий трудовий договір персоналу з адміністрацією	Трудовий договір, як у приватному секторі
Оцінка результатів діяльності	Відсутня		Залежить від досягнень відповідно до договору на надання послуг, укладеного з замовником послуг та внутрішніх документів підприємства	Залежить від досягнень відповідно до стратегічних пріоритетів
Системи оплати праці	Затверджена на національному рівні ставка та надбавки	Затверджується керівником підприємства (у межах розміру фонду заробітної плати, який визначається керівником з урахуванням виділених підприємству бюджетних коштів)		На індивідуальній основі та надбавки на основі оцінки результатів діяльності
Навчання та організаційний розвиток	Затверджена на національному рівні формальна освіта та підвищення кваліфікації у відповідності до вимог законодавства (закупівля за державний кошт стандартизованої формальної освіти)		Формальна освіта, що залежить від потреб та навчання, що замовляється медичним закладом, та підвищення кваліфікації у відповідності до вимог законодавства	Безперервний професійний розвиток на рівні команди відповідно до стратегічних пріоритетів
Завдання управління	Адміністрування коштів в рамках статей та забезпечення відповідності нормативно-правовій базі	Адміністрування коштів в рамках спеціального рахунку	Укладання договору із замовником послуг	Визначення стратегічних пріоритетів розвитку та координація діяльності з зацікавленими сторонами

Ефективність управління установою охорони здоров'я визначається упровадженням наукової організації праці, тобто створення оптимальних умов для ефективного використання співробітниками робочого часу.

Особливе місце у виконанні ухвалених рішень займає упровадження в роботу медичних установ сучасних технічних засобів для оперативного збору, зберігання, обробки та транспортування інформації з використанням сучасних засобів зв'язку. Все це досягається автоматизацією системи управління охороною здоров'я, тобто постійне забезпечення керівників органів та установ охорони здоров'я необхідними відомостями для реалізації задач обліку, планування, стратегічного і оперативного управління.

Ефективність управління повинна розглядатися не тільки у вигляді оптимізації технологічних рішень, але з урахуванням адекватних психологічних установок. Серед чинників, що заважають розвитку індивідуальних якостей у фахівців – управлінців, можна виділити: відсутність особистих ціннісних орієнтацій; відсутність особистої зацікавленості; недостатня професійна кваліфікація; невміння впливати на людей; невміння самоудосконалюватися; невміння володіти собою; відсутність почуття обов'язку; необов'язковість; неорганізованість; нечесність; невміння підпорядковувати особисті інтереси задачам та установкам груповим, колективним.

Для ефективного управління важливі мотивація – зацікавлена діяльність та прихильність персоналу, поєднання виробничих, фізіологічних та психологічних орієнтирів. Серед якісних способів дії на колектив у менеджменті важливу роль грає стиль лідерства (сукупність методів управління та психології управління).

1.2. Функціонування управління охороною здоров'я у світі та в Україні

Для функціонування будь-якої системи управління необхідно дотримуватися умов:

- керована система повинна володіти здатністю переходити різні стани, змінювати свої властивості;
- система управління повинна мати реальну нагоду змінювати за допомогою управлінських рішень стан об'єкту. Для цього система управління повинна мати відповідні органи, структуру та механізми управління;
- управління, що претендує на розумність, обов'язково повинно бути цілеспрямованим, тобто мати чітко поставлену мету та бажані кінцеві результати;
- система управління повинна мати нагоду вибору різних варіантів схвалюваних рішень;
- система управління повинна мати в розпорядженні свої реальні матеріальні, інтелектуальні, інформаційні і фінансові ресурси;
- управляюча система повинна не тільки чітко орієнтуватися на мету управління, мати в кожний момент часу інформацію про поточний стан керованого об'єкту по каналах зворотного зв'язку;
- оптимальне управління вимагає навиків оцінки якості управлінських рішень, надійних критеріїв та представницьких показників.

Управління охороною здоров'я населення в Україні є комплексною задачею всього українського суспільства, в реалізації якої беруть участь безліч секторів народного господарства, структур управління (від державних до місцевих органів самоврядування). Для ухвалення науково обґрунтованого рішення в галузі забезпечення охорони здоров'я потрібні дані медико-соціального, економічного, правового характеру.

Слід також враховувати чинники, що визначають методи управління складною системою охорони здоров'я населення в цілому і на окремих територіях:

- соціальні чинники (соціальна спрямованість рішень дій, державних, регіональних, місцевих органів влади);
- рівень соціально-економічного розвитку країни в цілому та окремих регіонів;
- реалізацію принципів соціальної справедливості та доступності для всіх членів суспільства досягнень науки в галузі охорони здоров'я населення;
- рівень наукового забезпечення проблем охорони здоров'я населення;
- адаптацію міжнародного досвіду галузі медико-соціального забезпечення населення України та в різних регіонах.

Комплексна система охорони здоров'я населення складається із структурних (відповідні відомства медико-соціального забезпечення) та функціональних елементів (органи, установи медико-соціального обслуговування). Всі елементи системи охорони здоров'я населення взаємозв'язані між собою. Для нормального функціонування підсистем охорони здоров'я населення необхідно, щоб між їх окремими елементами був налагоджений постійний і достатній по кількості та якості обмін інформацією. Реалізація складних задач охорони здоров'я населення вимагає системного підходу, в якому чітко розмежовані функції та компетенції всіх учасників медико-соціального захисту населення. В даний час подібний підхід в Україні реалізований лише частково.

Вся система охорони здоров'я населення повинна будуватися у строгій відповідності з міжнародними положеннями про права людини з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, МОП (Міжнародна організація праці), табл 2.

Таблиця 2

Оплата праці лікарів первинної медичної
допомоги в обраних країнах ЄС

Країна	Плата за послуги	Заробітна плата	Подушна оплата	Надбавка	Середня к-ть візитів для пацієнта
Австрія	X				5.1
Бельгія	X				8.0
Данія	X (63%)	X (28%)	X (9%)		4.4
Англія		X	X		Дані відсутні
Фінляндія	X (15%)	X (60%)	X (20%)	X (5%)	3.3
Франція	X	X			6.3
Німеччина	X				12,8
Греція				X	5.3
Нідерланди	X	X			5.8
Ірландія	X	X			6.6
Італія			X		11.0
Португалія		X			3.1
Шотландія	X				Дані відсутні
Іспанія		X			Дані відсутні
Швеція		X			3.0
Швейцарія	X				11.0

До теперішнього часу основними положенням по реалізації Прав громадянина на охорону здоров'я є Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я від 1970 року «Принципи розвитку національної системи охорони здоров'я», найважливішими є, табл 3:

- проголошення відповідальності держави та суспільства за охорону здоров'я населення, реалізовану на основі проведення комплексу економічних та соціальних заходів;
- організація раціональної підготовки національних кадрів охорони здоров'я;
- розвиток охорони здоров'я на основі широкого проведення заходів, направлених на суспільну та індивідуальну профілактику,

передбачаючих органічне поєднання лікувальної та профілактичної роботи у всіх медичних і санітарно-профілактичних установах і службах;

- забезпечення всьому населенню країни щонайвищого можливого рівня кваліфікованої загальнодоступної профілактичної та лікувальної допомоги, що надається без фінансових або інших обмежень, шляхом створення відповідної мережі медичних установ;
- широке використання в кожній країні досягнень світової науки та практики;
- санітарна освіта громадян і залучення до участі в проведенні всіх програм охорони здоров'я.

Таблиця 3

Заробітня плата праці лікарів, які працюють в лікарнях, в обраних країнах ЄС

Країна	Контракт	Плата за послуги	Зарплатня	Надбавка
Австрія	лікарня		X	X
Бельгія	лікарня	X	X	X
Данія	лікарня		X	X
Англія	лікарня		X	Консультації
Фінляндія	лікарня		X	Нічна зміна
Франція	лікарня		X	X
Німеччина	лікарня		X	
Греція			x	Нічна зміна
Нідерланди	лікарня	X	X	X
Ірландія			X	X
Італія	лікарня		X	Рівень + результати
Португалія			X	
Шотландія	лікарня		X (інд.)	Рівень + консультації
Іспанія			X	Нічна зміна
Швеція	лікарня		X	
Швейцарія			X	Завідувачам відділів

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України та складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, а так само інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, регулюючих суспільні відносини в галузі охорони здоров'я (в основному це Накази Кабінету Міністрів України). В «Основах

законодавства України про охорону здоров'я» визначені основні принципи охорони здоров'я в Україні:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства та держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- отримання прав та свобод людини та громадянина в галузі охорони здоров'я і забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист самих незахищених верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм та загальнодоступність медичної допомоги і інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням та рівню соціально-економічного і культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій та досягнень зі світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний і медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальне її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів і самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

1.3. Принципи підготовки карового ресурсу в системі охорони здоров'я

Профілактична медицина в системі охорони здоров'я в сучасному суспільстві набуває особливого значення. Громадське здоров'я в 21ст. розглядається в площині планетарних масштабів. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Фонд народонаселення Організації Об'єднаних Націй (ФН ООН), Товариство Червоного Хреста, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) акцентують увагу на глобальному характері проблем збереження здоров'я населення світу. Низька фізична активність, нерівність у забезпеченні медичною допомогою, несприятливі соціально-економічні умови, високі рівні смертності, поширеності неінфекційних захворювань, поліморбідність – це те, з чим стикаються різною мірою фахівці системи громадського здоров'я кожної країни. Проблеми антибіотико- та хіміорезистентності бактерій, постаріння населення, значні рівні поширеності гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, дисліпідемії, онкологічних захворювань вимагають пошуку ефективних ключів для їх подолання.

Реформування охорони здоров'я в Україні належить до пріоритетних завдань внутрішньої політики. Держава визначає здоров'я населення однією з найбільших цінностей, необхідним компонентом розвитку і соціально-економічного процвітання України [29].

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2020–2025 рр. серед короткострокових цілей (на 2020–2022 рр.) передбачає формування системи громадського здоров'я (СГЗ) на основі відповідного законодавства [13]. Після ліквідації санітарно-епідеміологічних станцій планується «переорієнтувати систему... на підвищення відповідальності за збереження здоров'я та промоцію здорового

способу життя, зміцнення соціальної свідомості та формування готовності протистояти надзвичайним подіям у сфері громадського здоров'я» [24].

Пошук оптимальних моделей організації і функціонування СГЗ знаходиться в центрі уваги суспільства. У рамках реалізації Угоди про асоціацію між Україною та ЄС актуалізується питання щодо ефективності санітарно-епідеміологічного нагляду, створення Центру громадського здоров'я, наукових громадських організацій. Концепція розвитку СГЗ в рамках реформування медичної галузі передбачає консолідацію аналітичних, дослідних, лабораторних установ Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) та створення Центру громадського здоров'я МОЗ України шляхом об'єднання існуючих установ і закладів МОЗ та Державної санітарно-епідеміологічної служби (ДСЕС) України [19].

Угода про асоціацію між Україною та ЄС присвячена проблемам зміцнення громадського здоров'я. Подальший розвиток галузі має здійснюватися відповідно до Європейського плану дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я, який пропонує набір із 10 горизонтальних оперативних функцій громадського здоров'я, що можуть стати єдиною основою для всіх зацікавлених сторін відносно встановлення, моніторингу і оцінки заходів політики, стратегії зі зміцнення громадського здоров'я [13;49].

Україна взяла зобов'язання розвивати співробітництво у сфері охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, керуючись підходом держави [24;46].

Глобальні загрози у сфері громадського здоров'я включають: захворювання, здатні викликати епідемії; захворювання, пов'язані із забрудненням харчових продуктів; випадкові або навмисно викликані спалахи хвороб; радіаційні аварії; екологічні катастрофи [43]. При цьому основною функцією держави у сфері громадського здоров'я повинна бути розробка політики та стратегії профілактики захворювань, охорони здоров'я.

Відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України, держава буде ініціатором і сприятиме громадським ініціативам, що спрямовані на зменшення впливу критичних факторів ризику для здоров'я. Визначено такі пріоритети громадського здоров'я, як нагляд та моніторинг захворюваності, реагування на спалахи хвороб, вакцинація, лабораторна діагностика загроз для здоров'я, безпечність води, харчових продуктів та середовища життєдіяльності (включаючи вплив чинників навколишнього середовища та виробництва) [13]. Тобто передбачається здійснення санітарного нагляду, виконання інформаційно-аналітичних функцій, перегляд існуючих та розробка нових санітарних правил та норм.

Система громадського здоров'я також орієнтована на профілактику туберкульозу, вірусних гепатитів, які визначено як пріоритети громадського здоров'я. Здоров'я матері та дитини, репродуктивне і психічне здоров'я повинні бути відображеними у стратегічному плані розвитку громадського здоров'я [13].

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України передбачає створення Національного центру контролю за захворюваннями та громадським здоров'ям шляхом злиття закладів та установ, а створення регіональних (обласних) центрів громадського здоров'я та єдиної лабораторної мережі реагування на загрози у даній сфері забезпечить формування регіональної структури [25].

Враховуючи багатовекторність завдань СГЗ, стає зрозумілою важливість аналізу існуючого кадрового потенціалу галузі, також можливостей підготовки фахівців для охорони здоров'я в цілому та служби громадського здоров'я зокрема. До проблеми кадрового забезпечення охорони здоров'я неодноразово зверталися науковці [14; 36; 48].

Аналіз статистичних даних свідчить, що забезпеченість лікарями (фізичними особами) у 2019 р. становила 38,0 на 10 тис. нас., тоді як у 2018 р. вона дорівнювала 43,2 на 10 тис. нас. [20]. Таким чином, забезпеченість

лікарями скоротилася на 15%, що відповідає скороченню кількості штатних лікарських посад у закладах системи МОЗ України. Так, кількість штатних лікарських посад у 2018 р. була 234,9 тис., а в 2019 р. – 196,8 тис. відповідно (темп скорочення склав 16,3%). У цілому в Україні кількість лікарів за звітний період зменшилася на 35444 особи, тобто на 17% [9]. При цьому рівень укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами на 2019 р. залишається стабільно досить низьким 82,45% (для порівняння: у 2018 р. – 80,8%) [50].

За статистичними даними ВООЗ, у країнах Європейського регіону забезпеченість лікарями є найнижчою в Албанії (11,8 на 10 тис. нас.), а найвищою – у Монако (71,87 на 10 тис. нас.), тоді як в Україні вона становить 35,43 на 10 тис. нас. (2018), що відповідає середньоєвропейському рівню (34,3 на 10 тис. нас.) [29]. Питома вага лікарів санітарної групи у загальній чисельності лікарів становила в 2010 р. 4,6%, а в 2015 р. – 3,90% [45]. Відповідно забезпеченість лікарями санітарної групи у 2019 р. складала 1,77 на 10 тис. нас., а в 2018 р. – 1,56 на 10 тис. населення.

Цікавим є досвід іноземних колег щодо визначення потреби в кадровому забезпеченні СГЗ. Так, М. Jambroes (Нідерланди, 2018) запропонували планувати потребу в кадрових ресурсах у сфері громадського здоров'я з метою подальшої розробки політики СГЗ на основі послуг, що надаються лікарями. Вчені зазначають: «Якщо існуючі джерела даних не містять необхідну інформацію, або мають дані до частини робочої сили, то потрібно збирати первинні дані» [26]. Метою їхнього дослідження розробити стратегію для перерахунку та опису кадрових ресурсів для громадського здоров'я на основі виконання основних операцій у сфері охорони здоров'я і застосувати цей принцип до розрахунку потреби в кадрових ресурсах в Нідерландах у якості прикладу [26] (табл. 4).

Таблиця 4

Основні принципи в сфері громадського здоров'я (на прикладі Нідерландів)

	Основні операції у сфері громадського здоров'я, ВООЗ		Основні операції у сфері гігієни навколишнього середовища	Приклади із щоденної практики
1	Спостереження за здоров'ям населення і благополуччя	1	Спостереження, оцінка та аналіз (детермінант) гігієни навколишнього середовища і благополуччя	Моніторинг і реєстрація звернень і запитань громадян
				Додати питання, що стосуються санітарного стану навколишнього середовища, до національного моніторингу здоров'я
2	Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і надзвичайні ситуації	2	Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і надзвичайні ситуації	Зв'язок ризиків для здоров'я після незначних подій
				Відповідь та моніторинг скарг на здоров'я після пожежі, що містять азбест
3	Охорона здоров'я, у т.ч. щодо гігієни праці, безпеки харчових продуктів тощо	3	Охорона здоров'я, забезпечення дотримання законів і правил, які захищають стан навколишнього середовища і гарантують безпеку	Включає принципи збереження здоров'я на основі переглянутого закону про інтенсивне ведення сільського господарства
4	Пропаганда здорового способу життя	4	Пропаганда здорового способу життя, включно із діями, спрямованими на соціальні детермінанти, нерівності щодо здоров'я і грамотності в питаннях здоров'я	Організація інформаційних сесій про вплив на здоров'я забруднення атмосфери
				Агітація за здоровий клімат всередині житла
5	Профілактика захворювань, у т.ч. раннє виявлення хвороби	5	Профілактика захворювань, діагностика та дослідження проблем гігієни навколишнього середовища та небезпеки для здоров'я	Аналізувати і реагувати на повідомлення від громадян
				Активні дослідження з питань здорового навколишнього середовища в школах і результатів навчання

М. Jambroes провели опитування фахівців громадського здоров'я і на основі відповідей респондентів визначили час, який витрачається на виконання вищевказаних операцій [27]. Робочий час 36 год. на тиждень (1 FTE) відповідав одній зайнятій посаді спеціаліста ГЗ. Сумарне навантаження на працівників оцінювалося 110 FTE (інтервал 79–152 FTE), або 0,67 посади на 100 тис. населення. Таким чином, науковці запропонували новий метод розрахунку потреби в кадровому забезпеченні. Досвід М. Jambroes є корисним при розрахунку потреби в підготовці фахівців для СГЗ в Україні в сучасних умовах.

Враховуючи вищезазначене, актуалізується проблема підготовки кадрів на до- і післядипломному рівнях. Станом на 2019 р. в Україні за державним замовленням за спеціальністю «Медико-профілактична справа» навчалося 1899 студентів (з них 1387 (72%) були студентами IV-VI курсів) (табл. 5) [18]. План підготовки за державним замовленням було скорочено протягом останніх трьох років майже втричі, тому контингент студентів і в подальшому буде різко зменшуватися. Не у всіх ВМНЗ України здійснювалася підготовка за спеціальністю «Медико-профілактична справа». Спеціальність «Громадське здоров'я» включено до нового переліку галузей знань та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти (постанова Кабінету Міністрів України) [16].

У світі підготовка фахівців за спеціальністю «Громадське здоров'я» має 3 ступені: бакалавр, магістр та доктор філософії (табл. 6).

Глобальне здоров'я, епідеміологія неінфекційних захворювань, економіка охорони здоров'я, медицина праці є окремими навчальними дисциплінами, що вивчаються у світі на до- і післядипломному рівнях. Орієнтовний зміст навчальних програм із громадського здоров'я включає: епідеміологію, гігієну навколишнього середовища (Environmental Health), політику та управління охороною здоров'я соціальні, психологічні науки, соціальні детермінанти, нерівність стосовно здоров'я, міжвідомчу, колективну роботу, медичні технології, основні оперативні функції

громадського здоров'я, концепцію психічного здоров'я, зміцнення здоров'я, менеджмент у сфері громадського здоров'я, наукові дослідження.

В Україні існує одна магістерська програма за спеціальністю 8.03060101 «Менеджмент організацій і адміністрування (в охороні здоров'я)» на базі Національного університету «Києво-Могилянська академія». Навчальний план підготовки студентів за даною програмою включає низку навчальних дисциплін.

Таблиця 5

Контингент студентів, які навчаються за спеціальністю
«Медико-профілактична справа» в Україні

№	Назва ВМНЗ	Курси						Всього
		1	2	3	4	5	6	
1	ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»	29	28	28	98	83	88	354
2	Донецький національний медичний університет імені М. Горького	0	3	4	11	25	16	59
3	Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	30	30	31	91	91	83	357
4	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця	50	57	58	147	148	124	584
5	Одеський національний медичний університет	24	25	24	53	53	41	220
6	ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»	0	0	0	1	0	0	1
7	Харківський національний медичний університет	35	35	38	62	79	73	322
УСЬОГО		168	179	183	463	479	425	1897

Таблиця 6

Форми та терми навчання в процесі підготовки фахівців громадської
охорони здоров'я у світі

Форма навчання	Ступінь	Термін	Кредити
Бакалаврат	Бакалавр (BSc)	3–4 роки	180–200
Магістратура	Професійна підготовка Магістр (Master of Public Health (MPH)) Наукове дослідження Магістр наук (Master of Science (MSc))	1,5–2 роки	90–120
Аспірантура	Професійна підготовка Доктор громадського здоров'я (Doctor of Public Health (DrPH)) Наукове дослідження Доктор філософії (Doctor of Philosophy (PhD))	3–4 роки	
Курси, тренінги, майстер-класи		Різна тривалість	

Дисципліни, що пропонуються для вивчення за магістерською програмою 8.03060101 «Менеджмент організацій і адміністрування здоров'я» обсягом 120 кредитів на першому році навчання включають англійську мову, вступ до охорони здоров'я, економіку охорони здоров'я, епідеміологію, методологію та організацію наукових досліджень, системи охорони здоров'я, статистику в охороні здоров'я, правове регулювання охорони здоров'я, аналіз політики в охороні здоров'я, менеджмент, логістику організацій охорони здоров'я, операційний менеджмент. Також навчальним планом передбачено виробничу практику, технологію підготовки дослідницького проекту.

На другому році навчання в програму включено інформаційні системи та технології в управлінні організацією, менеджмент персоналу, основи медичного права, маркетинг в охороні здоров'я. Після закінчення навчання передбачено переддипломну практику.

В Європейському Союзі немає універсальної програми підготовки фахівців. Так, дослідники під керівництвом Bernd Rechel і Martin McKee (2018) [23] зазначають, що огляд навчальних планів підготовки фахівців ЄГЗ 17 країн Європейського Союзу ви явив, що немає спільного визначення «environmental health» (гігієна навколишнього середовища – авт.), так само як

відсутній договір в Європі щодо підготовки цих спеціалістів чи потреб (Public Health Services Gelderland Midden 2018) [23].

Підготовка спеціалістів, залучених у сферу гігієни навколишнього середовища, суттєво відрізняється в усіх європейських країнах та відсутній спільний навчальний план їх підготовки. У Фінляндії, наприклад, спеціально не готують фахівців з гігієни навколишнього середовища, а лише здійснюється навчання лікарів за фахом «медицина праці» («occupational health»), а також залучають до роботи інших спеціалістів, що вивчають гігієну навколишнього середовища і здоров'я [23]. У Нідерландах спеціальність «environmental health» для лікарів була заснована наприкінці та фахівців готують з 1990-х рр. У Бельгії ця спеціальність охоплює також питання психології та біології. У Польщі Центр підготовки фахівців з гігієни навколишнього середовища заснований, але там здійснюється навчання лікарів загальної практики та педіатрів (Public Health Services Gelderland Midden 2018) [23].

Цілі навчання, так само як рівні компетентності фахівців з громадського здоров'я, також суттєво відрізняються в різних країнах. Усе це вказує на нагальну потребу щодо посилення співпраці та гармонізації в Європі, як по відношенню до навчальної програми підготовки гігієністів, так щодо визначення напрямів роботи ролей, а також реєстрації фахівців (Public Health Services Gelderland Midden 2019) [23].

Огляд навчальних програм підготовки лікарів, які опікуються громадським здоров'ям у різних країнах, показав, що вони не є універсальним та мають значні відмінності. Безперечно, підготовка сучасних фахівців з громадського здоров'я вимагає не просто корекції існуючих навчальних програм, але й формування нових інституційних структур і створення нових навчальних планів підготовки магістрів з урахуванням сучасних світових тенденцій та національних особливостей. Аналіз кадрового забезпечення охорони здоров'я України свідчить про скорочення показників забезпеченості населення лікарями, спеціалістами санітарно-

гігієнічного та епідемію логічного профілю. Упродовж 2017–2019 рр. забезпеченість лікарями зменшилася на 16,5%, у т.ч. санітарними лікарями – на 14,9%.

На основі аналізу контингенту студентів, які навчалися в 2018 р. за спеціальністю «Медикопрофілактична справа» у ВМНЗ України на додипломному рівні, встановлено, що план підготовки за державним замовленням протягом останніх трьох років зменшено майже втричі. Спеціальність «Громадське здоров'я» включено до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти. Проте підготовка магістрів здійснюється лише в одному немедичному ВНЗ України за спеціальністю «Менеджмент організацій і адміністрування (в охороні здоров'я)», що не забезпечує сучасні потреби галузі.

Аналіз європейського досвіду визначення потреби в кадрах для служби ГЗ на прикладі Нідерландів та структур навчальних планів підготовки фахівців із ГЗ виявив, що в країнах Європейського Союзу відсутня спільна програма підготовки таких фахівців, а посадові обов'язки та фахові вимоги для їх підготовки суттєво відрізняються в кожній окремій країні.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Проведено теоретичне дослідження та встановлено мету, задачі об'єкти менеджменту охорони здоров'я. встановлено, що управління установами охорони здоров'я, можна розглядати з двох позицій: менеджмент охорони здоров'я – це процес впливу на матеріальні, трудові, фінансові відносини. Управління охороною здоров'я – це сукупність всіх органів апарату управління лікувально-профілактичною установою та їх управлінських дій.

2. Встановлено, що управління (менеджменту) визначається принципами, методами, функціями та цілями управління. Визначені принципи менеджменту. Функції управління визначаються рівнем системи управління. Система управління будь-якого об'єкту має три рівні: стратегічний, тактичний, оперативний.

3. Враховуючи євроінтеграційний вектор розвитку нашої країни, пріоритетність профілактичного напрямку національної системи охорони здоров'я та формування нової служби громадського здоров'я, подальшого дослідження потребує питання формування кадрової політики в громадському здоров'ї. Поглибленого вивчення вимагають питання планування потреби в кадрових ресурсах громадського здоров'я, їх підготовки, розстановки, мотивації тощо.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

2.1. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я

Вчені стверджують, що в Україні завдання розбудови ефективного кадрового забезпечення мають дві ключові проблеми: перше, відсутність єдиної стратегії кадрової політики в сфері охорони здоров'я, друге, наявність певної невідповідності офіційної звітності про якість кадрового потенціалу країни реальному стану справ. Проте не можна говорити про кадрове забезпечення, зокрема в умовах реформування у суспільстві, без проведення ґрунтовного аналізу різних його аспектів формування, можливостей для подальшої реалізації в сфері охорони здоров'я.

Розвиток України як демократичної держави, трансформації в суспільстві потребують формування нових змін в усіх сферах соціального та політичного життя суспільства. Велике значення такого блага, як здоров'я, має необхідність його охорона. Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою високої якості та в достатньому обсязі залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів.

Саме проведення реформ вітчизняної сфери охорони здоров'я є одним з головних пріоритетів сьогоденної державної політики. Адже діюча система охорони здоров'я викликає справедливі нарікання у населення, та медичного персоналу.

Реформи стали ознакою перетворень у нашій країні. Будь-яка соціальна система у своєму законо мірному розвитку в певний час досягає того найвищого рівня, за якого існуючі форми та методи управління такою системою вичерпують адекватні ресурси відновлення кадрового

забезпечення. Сучасні вимоги побудови держави в Україні ставлять на порядок денний багато актуальних питань, серед яких формування ефективного кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я, що є ефективним організаційно-правовим управлінським механізмом проведення державної політики в охороні здоров'я.

Важливим аспектом функціонування соціальної сфери є становище здоров'я населення країни. Цей показник відображає якість життя населення. Погіршення стану здоров'я населення характеризується:

- високим рівнем захворюваності. Реальна захворюваність є значно вищою за офіційну, жителі сільської місцевості рідко звертаються за допомогою;
- від'ємним показником природного приросту населення, практично у всіх регіонах нашої країни;
- зниженням рівня кваліфікації кадрового потенціалу медичної системи.

Збереження здоров'я нації - першочерговим пріоритетом державної соціальної політики. У цьому зв'язку важливим є посилення державного впливу на прискорення процесів модернізації охорони здоров'я з метою оптимізації мережі медичних закладів та підвищення якості медичних послуг, формування ефективної системи медичного обслуговування населення віддалених територій. Варто зазначити, що серед сучасних проблем ресурсного забезпечення цієї галузі одне з провідних місць належить саме кадровій — вирішення сприятиме пошуку нових моделей розвитку вітчизняної медицини, своєчасному і якісному наданню цих послуг, їх доступності для усіх категорій населення, незалежно від місця проживання і матеріального статку.

Характерною особливістю державотворення в сучасній Україні є системні зміни в усіх сферах соціального, економічного та політичного життя суспільства та держави. Реформи стали ключовою ознакою перетворень у нашій країні. Будь-яка соціальна система у своєму закономірному розвитку в

певний час досягає такого рівня, за якого наявні форми й методи управління цією системою вичерпують адекватні ресурси відновлення інтелектуального, кадрового потенціалів.

Зі зміною політичної, економічної та соціальної ситуації в Україні докорінно змінилися вимоги до керівників усіх рангів не тільки у виробничій сфері, але й у соціальній. Усе більше цінуються компетенція людини, її професійна підготовка, сприйнятливість до нововведень та творчого пошуку.

Одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я є ефективна кадрова політика. Вироблення національної політики кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я є нагальною потребою та умовою успішного запровадження реформ державного управління у цій сфері. Від наявності кадрів, їхньої фаховості насамперед залежать якість та своєчасність надання медичної допомоги [16].

Якість та доступність надання медичної допомоги населенню країни залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня. Реалізація ефективного кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери. Складовими успіху розвитку медицини в будь-якій країні є професійна освіта, профільна наука та практична діяльність.

Медичні кадри розглядаються як стратегічний капітал держави, 75% усіх капіталовкладень охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення [7].

В системі Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України на кінець 2018 року зареєстровано 201905 штатних лікарських посад (табл. 7). Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами лікарями в цілому становить 81,9%, як і в 2017 році. Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) в лікувально-профілактичних закладах становить 78,0% (2017 рік — 78,5%). В окремих типах закладів укомплектованість фізичними особами становить: в обласних лікарнях —

85,7%, міських лікарнях — 78,9, ЦРЛ — 75,7, дільничних лікарнях — 72,6, в сільських лікарських амбулаторіях — 67,9%. Розрив між штатними лікарськими посадами і фізичними особами складає 35042, кількість посад зайнятих по сумісництву 11398, коефіцієнт сумісництва — 1,7.

Таблиця 7

Дані про лікарські кадри в Україні

Рік	Штатні лікарські посади (всього)	Забезпеченість штатними посадами (всього на 10000 осіб населення)	Зайняті лікарські посади (всього)	Число лікарів фізичних осіб	Розрив між штатними і зайнятими посадами	Розрив між штатними посадами і лікарями – фізичними особами
2017	195315	46,26	172680	159600	22635	35715
2018	191905	45,71	168261	156863	23644	35042



Рік	%, укомплектованості штатних посад з урахуванням сумісництва	%, укомплектованості штатних посад фізичними особами	Забезпеченість лікарями на 10000 осіб населення	Коефіцієнт сумісництва	Кількість посад зайнятих по сумісництву
2017	88,41	81,71	37,8	1,08	13080
2018	87,68	81,74	37,36	1,07	11398

Складено автором за даними джерел [15, 19, 43].

В закладах системи МОЗ на лікарських посадах працює 3,0 тис. осіб з вищою немедичною освітою, переважно в лікувально-профілактичних закладах: на посадах лікарів-лаборантів — 2282, лікарів статистиків — 189, лікувальної фізкультури — 46.

Показник укомплектованості за типами закладів за окремими спеціальностями подається в довіднику в двох варіантах; саме — укомплектованість фізичними особами — лікарями, з урахуванням спеціалістів з вищою немедичною освітою на посадах лікарів і сумісництва.

На кінець 2018 року кількість вакантних посад лікарів в цілому становила 23684. В лікувальнопрофілактичних закладах кількість вакантних посад — 18970, у тому числі в закладах, які надають медичну допомогу переважно сільському населенню: в ЦРЛ — 4738, РЛ — 248, ДЛ — 7, СЛА — 1987.

Кількість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою на кінець 2018 року становила 354161 (табл. 8). Укомплектованість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою фізичними особами в цілому у 2018 році складає 91,6%, у 2017 році — 93,3%, в лікувально-профілактичних закладах 86,3% та у 2017 році 88,9% відповідно.

Таблиця 8

Мережа і кадри закладів охорони здоров'я в Україні

Додаткова інформація	Роки		
	2016	2017	2018
Всього лікарняних закладів	1743	1714	1671
в тому числі система МОЗ	1506	1475	1416
інші міністерства та відомства	147	135	124
приватної власності	90	104	131
Заклади, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	10165	10373	10502
в тому числі система МОЗ	8182	8318	8437
інші міністерства та відомства	220	207	201
приватної власності	1763	1848	1864
крім того, приватні кабінети	5046	5344	6437
Всього лікарів	186776	186178	185675
Забезпеченість на 10 тис. населення	44,0	44,1	44,2
в тому числі система МОЗ	160912	159600	156863
Забезпеченість на 10 тис. населення	37,9	37,8	37,4
Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами (всього)	82,2	81,7	81,7
в тому числі у лікувально-профілактичних закладах	78,6	78,2	78,0
% осіб, що пройшли атестацію	68,3	68,8	68,9
% осіб, що пройшли підвищення кваліфікації	н/д	н/д	н/д
% осіб пенсійного віку	24,1	24,5	24,6
Із загальної кількості лікарів – в закладах інших міністерств та відомств	10360	9907	9968
лікарі приватної практики	15504	16671	18844
Кількість середнього медичного персоналу всього	366756	360416	345364
Забезпеченість на 10 тис. населення	86,5	85,4	82,3
в тому числі середнього медичного персоналу система МОЗ	337703	330444	313412
Забезпеченість на 10 тис. населення	79,6	78,3	74,7
Укомплектованість штатних посад середнього медичного персоналу фізичними особами (всього)	94,6	93,3	91,1
в тому числі в лікувально-профілактичних закладах	88,6	87,9	86,3
% атестації	71,0	71,5	72,5

Складено автором за даними джерел [5, 10, 13].

На сьогодні в закладах системи МОЗ України налічується 156863 лікарів та 315412 молодших спеціалістів з медичною освітою. Показник забезпеченості лікарями у 2018 році на 10 тис. населення становить 37,4%, а у 2017 році — 36,8%. Відсоток осіб пенсійного віку серед лікарів становить у 2018 році — 24,6% або 38566 лікарів та у 2017 році — 24,5%. Кількість осіб пенсійного віку молодших спеціалістів з медичною освітою становить 39799 або 13,7% у 2018 році та у 2017 рік — 12,9% [5, 7].

Забезпеченість молодшими спеціалістами у 2018 році з медичною освітою в Україні становить 75,7 на 10 тисяч населення (2017 рік — 78,3). Співвідношення між лікарями і середніми медпрацівниками становить 1:2,5.

Кількість лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) в 2018 році становила 105783 лікарів або 24,7% на 10 тисяч населення у 2017 році цей показник склав 105611 лікарів або 24,9%, динаміка свідчить про зменшення лікарів у профілактичних закладах.

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ забезпеченість лікарями на 10 тисяч населення в Європейському регіоні становить — 36,2 (2018 рік).

Забезпеченість медичними кадрами в країнах ЄС становить 104,0 на 10 тис. населення, у т.ч. лікарями (враховуються лише лікарі-практики) — 35,2 на 10 тис. населення, медсестрами — 75,1 на 10 тис. населення [37].

Водночас, показник забезпечення населення лікарями-практиками складає 28,0 на 10 тис. населення, що є нижчим за показник в країнах ЄС [29].

В закладах охорони здоров'я активно впроваджуються засади сімейної медицини. Чисельність сімейних лікарів у 2018 році становить 14814 та у 2017 році — 14828. Із загальної кількості сімейних лікарів станом на кінець 2018 року атестовано 9258 або 62,4%.

В системі охорони здоров'я продовжувалась реорганізація мережі закладів, за рахунок реорганізації дільничних та малопотужних міських лікарень в лікарські амбулаторії з подальшим введенням їх до складу Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Фельдшерсько-акушерські пункти вводяться в склад ЦПМСД як відокремлені структурні підрозділи. Укомплектованість сільських лікарських амбулаторій лікарями (фізичними особами) становить 67,6%, при цьому в 455 амбулаторіях жодна лікарська посада на кінець року не укомплектована основним працівником (в 2017 році — 412).

У цілому укомплектованість молодшими спеціалістами з медичною освітою у 2018 році становить — 88,9%, у 2016 році — 90,7%. Разом з тим у 1251 ФАПі на кінець 2018 року жодна штатна посада мо- лодшого

спеціаліста з медичною освітою не укомплектована основним працівником, у 2017 році — 841 [10, 13].

Слабкою ланкою у сфері управління керівними кадрами залишалися кадрові служби, які не змогли налагодити ефективно діючу систему раннього відбору, професійного розвитку, багатосторонньої підготовки резерву керівних кадрів, забезпечити їм пріоритет при висуненні на керівну посаду. Неувага до проблеми керівних кадрів найгостріше позначилася при підвищенні господарської самостійності керівників, роботі в умовах використання ринкових механізмів. Сьогоднішня ситуація, що характеризується зниженням задоволеності населення організацією і якістю медичної допомоги, низькою задоволеністю медичних працівників, різким дефіцитом медичного персоналу, багато в чому обумовлена соціальними наслідками проведеної в галузі кадрової політики.

У період інтенсивних змін, що відбуваються в системі охорони здоров'я в останні десятиліття, все більш очевидною стає потреба галузі в підвищенні якості управління на всіх рівнях, що багато в чому визначається керівним складом, його професіоналізмом, умінням реагувати на виклики часу, відповідністю його професійно-ділових та особистісних якостей вимогам та уявленням менеджменту.

На сучасному етапі перед державою поставлені завдання щодо вдосконалення соціально-економічної політики в галузі охорони здоров'я. Значна диференціація регіонів держави за соціально-економічними та демографічними параметрами визначає необхідність врахування особливостей різних видів ресурсів галузі охорони здоров'я, кадрових, при розробці стратегії сталого розвитку галузі.

Так, зокрема кількість лікарів, які мають кваліфікаційну категорію на кінець 2018 року становила 108997 або 68,8% від загальної кількості лікарів, такий самий відсоток атестованих лікарів є і в 2017 році, проте у 2016 році він складає 68,5%, що на 0,5% нижчий від наступних років (табл. 9).

Таблиця 9

Дані про атестацію лікарів за 2016-2018 роки

Рік	Всього лікарів	Із них мають кваліфікаційну категорію	У тому числі:						% атестованих лікарів до загального числа лікарів
			вищу		I		II		
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	
2016	160912	109866	60602	55,2	32912	30,0	16352	14,9	68,3
2017	159600	109776	61629	56,1	31979	29,1	16168	14,7	68,8
2018	156863	107997	62441	57,8	30364	28,1	15192	14,1	68,8

Складено автором за даними джерел [22, 30, 37].

В закладах системи станом на кінець 2018 року працює 62441 лікар вищої категорії, що становить 57,8% від усіх лікарів, у 2017 році — 61629 лікарів, що на 1,7% нижче в порівнянні з 2018 роком та на 1,1% цей показник вищий за 2016 рік, що свідчить про збільшення кількості лікарів, які мають вищу категорію.

Кількість лікарів, які мають першу категорію складає 30364 (28,1%) на кінець 2018 року, 31979 (29,1%) лікарів у 2017 році та 32912 (30,0%) у 2016 році. Слід зазначити, що кількість лікарів зменшилась за останні три роки. Проте кількість лікарів другої категорії відносно стабільна, зміни відбулися лише на 0,8% в порівнянні 2018 року з 2016 роком. Кількість атестованих молодших спеціалістів з медичною освітою становить — 227150 або 72,5% (2016 рік — 71,5%) [10, 12].

На належному рівні проводиться атестація медичних працівників. Продовжує залишатися актуальною проблемою забезпечення лікувально-профілактичних закладів середнім медичним персоналом.

Рівень кваліфікації складний показник в кадровому забезпеченні вітчизняної сфери охорони здоров'я, який складається як з об'єктивної (якість спеціальної освіти), так суб'єктивної складових (зацікавленості медичних працівників у підвищенні рівня своєї кваліфікації). В Україні на недостатньому рівні знаходяться обидві ці складові.

Вітчизняні та міжнародні експерти вказують на проблемні питання щодо якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України, [36]:

- збільшенням числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції (щорічно з України виїжджає понад 8 тис. медиків, включаючи молодший медичний персонал з медичною освітою);

- недостатнім рівнем практичної підготовки молодих спеціалістів, що констатують фахівці, та менеджери охорони здоров'я.

- недосконалими механізмами контролю за процесом працевлаштування випускників вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за державним замовленням, відсутністю механізму відшкодування коштів у випадку недоїзду молодих спеціалістів, що навчалися за цільовими договорами, за місцем призначення.

Основними ж чинниками ситуації, що склалася в кадровому забезпеченні сфери охорони здоров'я в Україні є соціально-економічні умови в яких працюють медичні працівники.

Так, за даними МОЗ України, лише для покриття природнього потоку щороку необхідно близько 9,7 тис. лікарів. Стан кадрових ресурсів охорони здоров'я характеризується кількома проблемами, які необхідно враховувати при стратегічному розвитку підготовки й розподілу лікарських та середніх медичних кадрів:

1. Скорочується чисельність лікарів, середнього медичного персоналу.

2. Відзначається низька укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами: лікарі, середній медичний персонал.

Особливо це стосується установ первинної медичної допомоги та окремих спеціальностей [26].

3. Спостерігається диспропорція в забезпеченості лікарями й середнім медичним персоналом різних областей.

4. Вікова структура лікарських кадрів є несприятлива. Питома вага осіб пенсійного та передпенсійного віку становить 25,1% [46]. Крім того, знижується престиж професії медичного працівника.

Однак у перспективі, потрібно спільно з професійними асоціаціями розробляти Концепцію кадрової політики галузі охорони здоров'я, яка повинна сполучатись із введенням реальної розгалуженості галузі та введенням економічних механізмів підвищення зацікавленості медичних працівників у результатах їх роботи. Нині нормативно-правова база України передбачає оплату на основі посадових окладів, затверджених Кабінетом Міністрів України, і враховує лише відпрацьований час. Це, зумовлює відсутність у медичних працівників будьяких мотивацій до підвищення рівня якості, а у керівників медичних закладів — до збільшення обсягів послуг.

2.2. Оплата праці в галузі охорони здоров'я

Традиційні форми і системи оплати праці медичних працівників.

Легше всього вирахувати витрати праці в кількості створеної продукції за одиницю часу. Проте такий вимірник не може визначити результат діяльності медичного працівника, метою якого є здоров'я пацієнта. Поняття ж «здоров'я» важко відобразити у вартісній формі, тим більше що такий результат не завжди є кінцевою метою: є невиліковні хвороби, хронічні випадки. Розумові, фізичні, нервові втрати медичного працівника також нічим не зміряти. Тобто специфіка професії говорить про те, що критерії результативності, ефективності праці медичного працівника об'єктивно розмиті, що жодною мірою не означає даремність цієї діяльності і не принижує благородної місії яку здійснює медичний працівник.

Критерії витрат праці лікаря визначаються наступним чином:

1. Об'ємом роботи, який може бути визначений умовними одиницями трудомісткості (УОТ), коли за 1 УОТ приймається об'єм роботи лікаря при лікуванні захворювання даної форми, прийнятої за одиницю (наприклад, об'єм роботи лікаря при накладанні пломби при середньому карієсі; амбулаторних відвідинах кардіолога з лікувально-діагностичною метою).

2. Час, визначений п'ятиденним або шестиденним робочим тижнем (наприклад, робочий тиждень – 38,5 годин; при шестиденному робочому тижні робочий день лікаря триває 6,5 годин в стаціонарі; при п'ятиденному тижні – 7 годин 42 хв.; для вузьких фахівців робочий тиждень складає 33 години, робочий день при шестиденному робочому тижні триває 5,5 годин).

3. Якість роботи, відображається в такому понятті, як кваліфікаційна категорія (вища, перша, друга, «лікар-фахівець»).

Хоча самі ці три критерії витрат праці лікаря недосконалі, проте саме на них доводиться орієнтуватися при характеристиці форм та систем оплати праці медичних працівників, які повинні повною мірою відповідати принципу оплати по кількості та якості праці, враховувати конкретний внесок кожного працівника в кінцеві результати діяльності.

Слід зазначити, що зі всіх норм щодо праці основоположними є норми часу, вся решта норм та нормативів – похідні від цього показника. Враховуючи всі ці зауваження, розглянемо форми та системи оплати праці. Відомо 2 основні форми оплати праці:

1. Почасова заробітна плата залежить від кількості відпрацьованого часу. Розрахунок можна зробити шляхом множення годинної тарифної ставки на фактично відпрацьований час. Тарифний коефіцієнт низького розряду приймається рівним одиниці. Існують дві системи оплати праці в почасовій формі: проста почасова система та почасово-преміальна система. Почасова форма має той недолік, що у працівника понижений економічний стимул до зростання інтенсивності та продуктивності праці. З одного боку, нескладно розрахувати тижневу та місячну зарплату, витрати на неї в установі охорони здоров'я, а з другого боку, почасова оплата вимагає більшого контролю за працівником, робить необхідним мати персонал контролюючий роботу, який теж одержує зарплату, а це підвищує ціну медичної послуги.

2. Відрядна плата праці вважається більш гнучкою, схема оплати припускає оплату або просто за кількість, або за ступінь виконання роботи.

Системи оплати праці при відрядній формі такі: пряма відрядна, непряма, відрядно-преміальна система, відрядно-прогресивна система, акордно-відрядна система, колективна відрядна плата, система посадових окладів.

При постійній роботі співробітникам надаються додаткові пільги, (наприклад, оплата лікарняних листів, пенсійне забезпечення; деякі організації субсидують обіди і транспортні витрати, укладають договори про медичне страхування, оплачують юридичні консультації). Традиційний підхід до надання додаткових пільг полягає в тому, що однакові пільги мають працівники одного рівня кваліфікації. Індивідуальна цінність додаткових пільг для працівника залежить від таких чинників, як вік, сімейний стан, розмір сім'ї. Окремі організації надають працівнику право вибрати у встановлених межах той пакет пільг, котрий найбільш його влаштовує. Як правило, така форма винагороди практикується в недержавному секторі, у тому числі і у відповідних структурах охорони здоров'я. В бюджетній лікувальній установі працівник користується стандартним набором пільг.

Вхідними даними для розрахунку витрат на оплату праці медичною установою є:

- затверджений штатний розклад співробітників ЛПЗ;
- тарифікаційні списки співробітників, складені за затвердженою формою з розбиттям по категоріях персоналу лікарні (лікарі, середній, молодший медичний персонал, адміністративно-управлінський персонал);
- нормативний річний фонд робочого часу персоналу.

В комерційних структурах форми та способи оплати праці вибираються самостійно. Проте в даний час охорона здоров'я представлена в основному бюджетними лікувальними установами. В ЛПУ всі названі системи оплати праці орієнтовані на бюджетне фінансування оплати. Додатковою до бюджетного фінансування оплатою праці є частина прибутку, що йде на матеріальне заохочення, економічно обґрунтованими джерелами якої, є платні медичні послуги, додаткові виплати можливі також за рахунок економії фонду оплати праці. Ця економія виникає за рахунок неповного

комплектування штатів, поєднання професій усередині колективу, скорочення співробітників і збільшення оплати праці тим, що залишилися, використання засобів інших фондів, як тимчасово вільних грошових коштів. Заохочення працівників можливе вільним часом.

Всі проаналізовані форми і системи оплати праці орієнтовані на бюджетний фонд оплати у сфері охорони здоров'я. Сучасна тенденція в розвитку форм та систем оплати праці свідчить про відхід від почасової та відрядної форм та в широкому вживанні індивідуальної заробітної плати. В роботі потрібно не тільки збільшення вироблення, краще використання устаткування, підвищення якості, економія, раціональне використання матеріалів (що зв'язане, наприклад, в стоматології із застосуванням нових технологій з обробки золота).

Тому з'явилися системи багаточинної заробітної плати, які покликані врахувати не тільки фізичну але й розумову та нервову енергію медичного працівника. Типовим прикладом системи багаточинної заробітної плати є аналітична оцінка робіт працівників ЗОЗ. Вона поєднує в собі почасову систему, метод нормування праці, його якісної оцінки та спосіб професійного відбору працівників. У цьому випадку весь трудовий процес розподіляється на ряд чинників, згрупованих в певному порядку, враховується ступінь відповідальності та умови праці, включаються суб'єктивні особові оцінки працівника керівником.

Багатофакторна система оплати праці медичних працівників.

Наведемо приклад розрахунку оплати праці при системі аналітичної оцінки робіт працівників ЗОЗ. Для цього згрупуємо чинники в таблицю та нарахуємо співробітнику бали.

Таку оцінку проводить менеджер (головний лікар), або атестаційна комісія щорічно та вони можуть ухвалити рішення про перегляд оплати праці співробітника. При аналітичній оцінці робіт чистий дохід установи охорони здоров'я, одержаний в результаті роботи на платних умовах, розподіляється пропорційно кількості набраних балів кожним медичним працівником ЗОЗ.

Припустимо, що по цій системі медсестра набрала 22 бали, лікар – 40 балів, а головний лікар – 37 балів. Прийmemo умовно, що це є штат ЛПУ, який надає, у тому числі і платні медичні послуги. Загальна кількість набраних балів – 99. Припустимо, що фонд оплати праці, сформований за допомогою платних медичних послуг, склав 89900 грн. Тоді вартість одного бала складе 1000 грн. Отже, в цьому випадку медсестрі буде нараховане 22200 грн., лікарю – 30000 грн., головному лікарю – 47000 грн. Приведена нижче аналітична оцінка робіт (табл. 10) є базовою та може видозмінюватися залежно від специфіки діяльності ЛПУ (стоматологія, психіатрія, хірургія).

Таблиця 10

Розрахунок оплати праці при системі аналітичної оцінки робіт
(система балів)

Чинники	Підчинники	Примітки	Бали
1. Професійна підготовка	а) освіта	а) середнє	1
		б) середнє спеціальне	2
		в) вище	3
		г) к.м.н.	4
	б) кваліфікаційна категорія:	д) д.м.н.	5
		е) закінчив ФУВ	+ 1 за кожний раз навчання
		а) вища	5
		б) перша	4
	в) стаж	в) друга	3
		г) лікар-фахівець за 1 рік	2
2. Розумові вимоги	а) тест	а) 10 питань	1
	б) нестандартна ситуація	а) вирішив	10
		б) не вирішив	0
1. Фізичні вимоги	а) вікові групи	а) 18 – 30 років	4
		б) 31 – 45 років	3
		в) 46 – 55 років	2
		г) 56 років і старше	1
	б) чинник здоров'я	а) Здоровий	2
		б) Нездоровий	1
	в) вироблення в одиницю часу	а) Виконує норму	10
		б) Не виконує норму	0
		в) Перевиконує норму	+ 1 за кожну одиницю перевикон.

1. Ступінь відповідальності	а) за устаткування б) за матеріали в) за дотримання технології (методу лікування) г) за персонал	за кожного підлеглого	1 1 1 0,2
5. Умови праці	а) виробничі умови нормальні б) ускладнені виробничі умови в) ступінь ризику:	а) окремі випадки б) звичні	1 2 5 1
<u>Оцінки «по заслугах» (особові оцінки)</u>			
6. Якість роботи			1
7. Раціональне використання матеріалів			1
8. Дбайливе відношення до устаткування			1
9. Максимальне використання робочого часу			1
10. Надійність, співпраця			1
11. Загальна поведінка			1
12. Можливість висунення			1
Всього балів			...

Сучасні форми оплати праці пов'язані з упровадженням індивідуальної заробітної плати, де основна частина складає всього 1/3, а змінна – 2/3. Додатковим джерелом доходів є система участі в прибутках комерційних медичних структур. Якщо говорити про світовий досвід, то 75% підприємців використовують нестандартні системи оплати праці, відмовляючись від традиційних форм. Проте вітчизняний ринок послуг охорони здоров'я знаходиться в становленні.

На даний час лікувально-профілактичні установи, які надають часткові платні медичні послуги, використовують в основному традиційні форми оплати праці: почасову і відрядну оплату праці і різні їх системи (нарахування балів). Отримання додаткового доходу медичним працівником у цих умовах пов'язано з наданням платних медичних послуг. В

ціноутворенні кожної медичної послуги, по якій би методиці ця ціна не розраховувалася, є елемент витрат у вигляді основної заробітної плати. Основна заробітна плата в собівартості медичної послуги складає 32 – 35% в клініках загального профілю і 25% – в стоматології. Це процентне співвідношення відображає загальну схему витрат з надання медичної допомоги лікувальною установою, тобто кошторис витрат. Вичленувавши з собівартості платних медичних послуг фонд оплати праці, його можна розподіляти по прийнятій в ЛПУ методом (відповідно до кількості набраних балів) між медичними працівниками, що беруть участь в роботі на платній основі, на додаток до гарантованого мінімуму, визначеного єдиними трудовими стандартами. Проте більш доцільно акумулювати ці засоби до єдиного фонду оплати праці тим самим стимулювати колектив до роботи не тільки на платній основі, а й за програмами безкоштовної медичної допомоги. У будь-якому випадку оплата праці співробітників буде вище, ніж та, що гарантована бюджетними установами.

Індивідуальний підприємець в особі приватно практикуючого лікаря також одержує дохід за залишковим принципом, тобто з обороту (об'єму платних медичних послуг за рік) віднімаються матеріальні витрати лікаря, одержаний дохід оподатковується, залишок є дохід лікаря. Якщо медичне підприємство стало приватним акціонерним товариством (ПАТ), то рядовий акціонер може мати три джерела доходу: заробітну плату, дивіденд і виплати з фонду матеріального заохочення. Засновники (фізичні або юридичні особи) одержують ще й статутний прибуток. Вживання стимулюючих систем оплати праці вирішує проблему укомплектованості кадрами, знижує потребу в сумісництві, покращує ряд якісних показників, внесених в перелік коефіцієнтів, що підвищують або знижують заробітну плату медичного працівника ЗОЗ.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1.3 проведеного аналізу можливо стверджувати, що в системі охорони здоров'я держави є як позитивні, так і негативні моменти. І саме ця ситуація потребує адекватного розв'язання найгострішої соціально значущої проблеми. Для покращення сформованої ситуації з кадрами в охороні здоров'я України необхідно вирішувати проблему на державному рівні. Розглядають і приймають законодавчі та підзаконні акти, пишуть національні та регіональні програми розвитку, окреслюють основні напрями реформування галузі, але питання підвищення якості та доступності медичних послуг, зробити працю лікаря престижною і висококваліфікованою є актуальним і незмінним.

2. Враховуючи євроінтеграційний вектор розвитку України, пріоритетність профілактичного напрямку національної системи охорони здоров'я і формування нової служби громадського здоров'я, слід відмітити подальше дослідження потребує питання формування кадрового забезпечення в сфері охорони здоров'я.

3. Серед першочергових завдань модернізації механізмів кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні доцільно визначити посилення системи мотивацій і стимулів. Вкрай важливою складовою удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції є покращення якості медичних послуг шляхом не лише модернізації матеріально-технічного забезпечення галузі, але й підвищення професійного рівня персоналу та відповідної оплати праці.

РОЗДІЛ 3

РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ КАДРОВОГО МЕДЕДЖМЕНТУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Технології управління кадровими ресурсами в закладах охорони здоров'я

Успішний розвиток будь-якої сфери людської діяльності неможливий без управління, тобто систематичного процесу використання ресурсів для досягнення мети. Основним ресурсом кожної організації є люди оскільки саме вони приводять в дію решту всіх ресурсів. Мистецтво управління полягає в умінні організовувати певну діяльність, оптимально використовуючи людський ресурс. В системі охорони здоров'я виключно важлива роль відведена безпосередньо медичному працівникові, тому управління розвитком кадрів визнається пріоритетним завданням системи менеджменту в галузі охорони здоров'я. Традиційні методи управління персоналом в галузі охорони здоров'я вже не забезпечують бажаних результатів, а навпаки, часто призводять проблем в управлінських структурах.

Зараз, коли засобів, що виділяються з державного бюджету на розвиток охорони здоров'я недостатньо, найбільш перспективною є мобілізація прихованих можливостей системи на основі кращого використання кадрового потенціалу. Міжнародний досвід, зокрема досвід Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), свідчить про те, що серед організаційних змін в управлінні, метою яких є підвищення ефективності системи охорони здоров'я, найбільшого успіху досягають дії, що проводяться в галузі управління кадрами.

Сьогодні в Україні взято курс на кардинальне реформування, спрямоване на створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта

(фінансування базового пакета послуг, розробка та реалізація стратегії розвитку кадрових ресурсів, вибір лікаря й медичного закладу, підвищення якості послуг) здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян на рівні розвинутих європейських держав [48]. Трансформація господарського механізму медичної галузі передбачає зміни організаційного статусу медичних закладів, форми власності, характеру взаємовідносин між суб'єктами ринку, фінансових потоків.

На практиці існує проблема невідповідності управлінського персоналу до використання сучасних підходів та методів управління, спрямованих на пошук та освоєння перспективних ринкових ніш, формування конкурентних позицій медичних закладів. Медичний персонал державного сектору охорони здоров'я не має маркетингового та креативного мислення, без якого неможливо набути конкурентних переваг медичних послуг та медичної організації загалом. Тому перед діючою системою охорони здоров'я постає завдання адаптації до ринкових умов шляхом системної перебудови та вдосконалення механізмів її державного регулювання, а головне, реалізації концепції інтегрованого розвитку і управління медичними кадрами, саме від яких залежить виконання завдань системи.

Важливою умовою розвитку медичних послуг в Україні є зміцнення інноваційного потенціалу системи охорони здоров'я. Під ним розумітимемо сукупність науково-технічних, технологічних, інфраструктурних, фінансових, правових, та інших можливостей, які забезпечують сприйняття та реалізацію нововведень. Отже, поняття інноваційного потенціалу є концептуальним відображенням розвитку інноваційних процесів, без яких не відбувається будь-який національний ринок медичних послуг [26].

Згідно з ресурсним підходом кадровий потенціал охорони здоров'я розглядають як упорядковану сукупність ресурсів, що забезпечують здійснення інноваційної діяльності суб'єктом ринку. Це дуже важливе посилення, оскільки в практиці охорони здоров'я України гостро

відчувається нестача таких основних ресурсів, як фінансові, матеріально-технічні, трудові, адміністративні. В таблиці 11 представлені основні показники охорони здоров'я за 1995-2019 роки.

Оснoву фінансування медичних організацій становлять бюджетні кошти, які надходять з програми державних гарантій безкоштовної медичної допомоги за виконані обсяги медичних послуг, наданих медичною організацією населенню, через це збільшення фінансування має принципове значення для стійкої роботи медичної організації. Проте необхідно активно шукати додаткові джерела фінансування у вигляді коштів медичного страхування; розвивати договірні відносини з різними структурами територіальної господарської системи; створювати фонди, забезпечувати медичними послугами пільгові категорії громадян; розширювати палітру платних медичних послуг та реалізовувати інші інноваційні проекти медичного характеру [29].

Таблиця 11

Показники охорони здоров'я

Показники	1995	2000	2005	2010	2015	2017	2019

Кількість лікарів усіх спеціальностей (без зубних лікарів), тис. осіб	230	226	224	225	186	187	186
на 10000 населення	45,1	46,2	47,9	49,3	43,7	44,0	44,1
Кількість середнього медичного персоналу (без зубних лікарів), тис. осіб	595	541	496	467	372	367	360
на 10000 населення	116,5	110,3	106,2	102,4	87,3	86,5	85,4
Кількість лікарняних закладів, тис. од.	3,9	3,3	2,9	2,8	1,8	1,7	1,7
Кількість лікарняних ліжок, тис. од.	639	466	445	429	333	315	309
на 10000 населення	125,1	95,0	95,2	94,0	78,1	74,3	73,1
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. од.	7,2	7,4	7,8	9,0	10,0	10,2	10,4
Кількість самостійних стоматологічних поліклінік, од.	324	320	309	279	197	197	197
Кількість відвідувань лікарів на амбулаторному прийомі і відвідувань лікарями хворих удома включно з екстреною та планово-консультативною допомогою (МОЗ), млн	495,8	491,9	499,0	494,5	397,5	393,8	382,4
на одного жителя	9,7	10,0	10,6	10,8	9,3	9,3	9,0
Кількість осіб, що були госпіталізовані у лікарняні заклади (МОЗ), млн осіб	11,2	9,6	10,1	10,5	8,6	8,6	8,3
на 100 осіб	21,9	19,4	21,6	22,9	20,2	20,2	19,7
Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (МОЗ), дн.	16,8	14,9	13,5	12,5	11,4	11,2	11,0

Сьогодні складною і проблемною є ситуація з матеріально-технічними ресурсами охорони здоров'я України: застаріла медична техніка, що випускає вітчизняна промисловість, не дає змоги здійснити сучасні медичні дослідження. Констатуємо, що вітчизняна промисловість не випускає медичну техніку, яка відповідала б світовому рівню, особливо відповідно високотехнологічними, напрямками. Одним зі шляхів вирішення цієї проблеми, з огляду на досвід, міг би стати розвиток виробництва медичної техніки на підприємствах обороннопромислового комплексу України, а також використання нових організаційних форм та нових технологій [32]. Високу результативність охорони здоров'я забезпечує трудовий ресурс. Невідповідність підготовки фахівців до потреб практичної охорони здоров'я і завдань структурної перебудови цього виду діяльності, недостатня соціальна захищеність медичних працівників призводять до погіршення якості медичної допомоги з усіма наслідками. Практика показала, що необхідно повернутися до розподілу випускників медичних навчальних закладів, безперервного підвищення кваліфікації працівників і впровадження нових методів оплати праці.

У 2018 році Президентом України підписано прийняті Верховною Радою України закони, які започаткували реформу системи охорони здоров'я в Україні. МОЗ України розробило детальний план із ключовими етапами запровадження реформи, основні напрями якої підвищення ефективності функціонування системи шляхом функціонально-структурних перетворень, оптимізації витрат за принципом «гроші ідуть за пацієнтом», запровадження професійного менеджменту. Результатом реалізації вказаних напрямів стане створення нової сучасної моделі системи управління охороною здоров'я, яка передбачає чіткі, зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у разі хвороби, ефективний та справедливий розподіл ресурсів. Зважаючи на це, усі заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності для досягнення медичної, економічної ефективності вимушені адаптуватися до стрімких змін зовнішнього середовища та умов активного контакту з різними агентами ринку, змінювати стиль керівництва, використовувати прийоми маркетингу та управління персоналом у межах розробленої стратегії.

Серйозні перетворення в галузі охорони здоров'я, насамперед набуття автономності закладами в адміністративній діяльності, можливість залучення коштів з різних джерел, зумовлюють необхідність повного та оптимального використання кадрового потенціалу медичних установ. Завдяки менеджерам його можна перетворити на конкурентну перевагу організації і досягнути поставлених цілей на ринку [43]. Метою кадрової політики ВООЗ є підготовка кваліфікованих працівників, забезпечення закладів охорони здоров'я, виконання медичними працівниками відповідних завдань. Медичний персонал розглядається як стратегічний капітал, більша частка усіх капіталовкладень в галузь охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення. Характеризуючи кадровий потенціал закладів охорони здоров'я, можна виділити такі характеристики:

- кількісні (чисельність, склад, структура, вік, стаж роботи, укомплектованість, рентабельність та продуктивність праці);

– якісні (фізичний, психологічний, адаптаційний, інтелектуальний, етичний, кваліфікаційний, організаційний потенціали).

Головним є те, що він поєднує ступінь використання потенційних можливостей як окремо взятого медичного працівника, так і сукупності працівників, забезпечуючи активізацію людського чинника в трудовій діяльності. Управління кадровим потенціалом здійснюється у двох напрямках [34]:

- 1) формування кадрового потенціалу;
- 2) активного використання кадрового потенціалу.

Враховуючи поточну ситуацію розподілу людських ресурсів, у короткостроковій перспективі не існує способів відмовитися від нинішнього поєднання сімейної медицини, дільничних терапевтів та педіатрів, мережі жіночих консультацій, які надають первинну медичну допомогу. Однак чіткі ініціативи зі зміцнення первинної ланки повинні початися з визнання сімейних лікарів автономними суб'єктами (через механізм приватної практики для первинної ланки за прикладом Великої Британії, Нідерландів, Данії). Поступове введення та підтримка приватної практики первинної медичної допомоги (ПМД) супроводжуватимуться перепідготовкою лікарів і зміною вимог до ліцензування цього виду практики. Протягом певного часу лікарі, що практикують окремо, надаватимуть послуги паралельно та у складі центрів ПМД, їх послуги будуть покриватися з державного бюджету або шляхом медичного страхування (після впровадження) через схожі механізми фінансування (принцип зі зваженими ризиками). Фінансування первинної ланки має здійснюватися через формування замовлення на послуги.



Рисунок 1. Система управління персоналом медичної організації

Надалі лікарі первинної ланки, які здійснюватимуть приватну практику, матимуть можливість об'єднатися у команди для здійснення спільної роботи та отримання спеціалізації. Принцип свободи вибору громадянин може використати (реєстрація «вибраного лікаря»), щоб скористатися характерною особливістю ПМД – знання лікарем особливостей життя пацієнтів, яких обслуговує, рис 1.

Лікарям первинної ланки надано ексклюзивне право скеровувати пацієнтів до спеціалістів, укладаючи договори з відповідними закладами [35].

Управління кадрами охорони здоров'я є органічною складовою частиною управління системою охорони здоров'я, підпорядкованою тим самим цілям та спрямованою на їх досягнення завдяки конкретній діяльності медичного персоналу. Управління кадрами – це безперервний процес управління людськими ресурсами, метою якого є оптимальна розстановка і використання сил на основі більш довершеного планування, підбору, удосконалення, розподілу кадрів, мотивації та регулярного об'єктивного контролю та оцінки праці. Мета управління кадрами полягає в

безперервному пошуку шляхів, що сприяють підвищенню ефективності праці. Мета досягається внаслідок впровадження прогресивних форм організації праці та раціональнішого використання наявних трудових ресурсів. Процес управління персоналом має циклічний характер.

Практичну основу цієї діяльності складають: регулярна та об'єктивна інформація про склад та динаміку кадрів; опис робіт; підбір, розстановка персоналу; мотивація персоналу; формулювання цілей безперервного навчання; планування й організація розвитку кар'єри; регулярна оцінка ефективності виконуваних робочих функцій. Дослідження процесу управління кадрами дає змогу сформулювати концептуальну модель цієї діяльності, що складається з взаємозумовлених систем: система руху кадрів; система винагороди за працю; система організації роботи; система впливу співробітників на організацію.

Впровадження в практику моделі дозволяє встановити певні рамки для проведення кадрової політики, коли рішення, що приймається відносно специфічного елементу в цілісному процесі, повинне здійснюватися в тісному зв'язку зі всією сукупністю систем моделі. Неуспішність управлінських рішень у сфері управління кадрами часто зумовлена саме тим, що компоненти піддаються змінам без урахування взаємозалежності і взаємозумовленості всіх компонентів моделі.

З точки зору менеджменту ще на етапі формування внутрішнього середовища медичної організації має забезпечуватися відповідність характеристик її найважливіших складових (цілей, завдань, персоналу, організаційної структури, технологій) умовам зовнішнього середовища функціонування (організація перебуває в середовищі та функціонує тоді, коли середовище дає таку можливість) [45]. Запуск механізмів цивілізованої конкуренції між медичними закладами та лікарськими практиками на доступних сегментах ринку має привести до низки якісних змін. Перш за все для вирішення комплексних завдань доцільно визначити компетенції спеціаліста з управління охороною здоров'я [14]. Діяльність керівного складу

медичної організації має націлена на розробку концепції, стратегій кадрової політики та методів управління кадровими ресурсами. Активна роль кадрової політики, на відміну від пасивної та превентивної, дасть можливість розробити ефективні кадрові програми, здійснити корегування на основі постійного моніторингу ситуації, що складається на той чи інший проміжок часу.

Менеджери в системі охорони здоров'я стикаються з багатьма питаннями при реалізації стратегій закладу щодо досягнення важливих організаційних цілей. Реалізація планів по зниженню витрат при одночасному підвищенні якості обслуговування пацієнтів може бути важкою навіть для найдосвідченіших лікарів. Використання організаційних стратегій є складним, тому що їх успіх більшою мірою залежить від здатності ефективно управляти співробітниками. При розгляді системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я треба враховувати ряд характеристик, притаманних системі управління, які будуть безпосередньо впливати на здійснення функцій у сфері управління персоналом:

- 1) монополізм відомства;
- 2) бюрократизм в управлінні;
- 3) ієрархічна структура;
- 4) професійні забобони, наприклад, небажання фахівців-медиків визнавати роль інших працівників у сфері охорони здоров'я – економістів, юристів, менеджерів по персоналу;
- 5) жорстка спеціалізація;
- 6) спрямованість організації, перш за все на споживачів;
- 7) суворе підпорядкування, точне виконання розпоряджень керівництва.

Функція управління кадровими ресурсами стає все більш важливою у багатьох організаціях, оскільки вона покликана служити в якості партнера в галузі стратегічного планування та прийняття рішень з метою сприяння розробленню та реалізації успішної стратегії. Ця роль має вирішальне

значення, тому що якісне й продуктивне управління персоналом має значний вплив на успіх або провал бізнес-стратегій у галузі охорони здоров'я. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я включає в себе наступне (рис. 2).



Рисунок 2. Цикл управління персоналом закладів охорони здоров'я
Розроблено автором на основі джерела [36]

Управління охороною здоров'я пов'язане з прийняттям рішень на основі науково обґрунтованих можливостей аналізу організації та ефективному використанні ресурсів у часі й просторі, щоб забезпечити достатню кількість та якість послуг у сфері охорони здоров'я для задоволення медико-санітарних потреб громадян і суспільства.

Функції менеджера щодо управління кадровими ресурсами: кадрове планування; аналіз і проектування посад; підбір, відбір і призначення; оцінювання ефективності; навчання і розвиток; мотивація; безпека й охорона праці; трудові відносини; звільнення.

Менеджери сфери охорони здоров'я для здійснення функцій управління персоналом закладів охорони здоров'я повинні володіти провідними компетенціями, а саме: знаннями, лідерськими здібностями,

діловою хваткою, навичками міжособистісного спілкування, необхідними для просування змін. Досконале знання роботи та досвід є основою успіху. Менеджери повинні йти в ногу з новими та мінливими законодавчими актами, що стосуються зайнятості, особливо таких, які стосуються регулювання понаднормової праці.

Вони повинні мати можливість аналізувати та інтерпретувати ці закони, визначити вимоги до дотримання та рекомендувати заходи щодо їх забезпечення в закладах охорони здоров'я. Така компетенція як «лідерство» необхідна менеджерам для планування й розроблення програм та мобілізації необхідних ресурсів для їх виконання. Менеджери знають, як взяти на себе провідну роль в аналізі організаційних питань, ініціювати правильні дії для вирішення здоров'я [27]. Вони повинні бути лідерами в трудових відносинах та в питаннях врегулювання конфліктів і вирішувати проблеми, зберігаючи толерантність у відносинах. Менеджери також повинні бути лідерами в етичному розумінні. Менеджери закладів охорони здоров'я повинні володіти ґрунтовними знаннями в сфері бізнесу, щоб належним чином підтримувати рішення щодо управління трудовим потенціалом. Менеджери повинні застосовувати стратегічне бізнес-мислення для вирішення завдань таким чином, щоб кадрова політика, програми і процедури, які вони розробляють і здійснюють, їх управління узгоджувалися з бізнес-цілями і завданнями усього закладу охорони здоров'я. Однією з основних проблем у галузі охорони здоров'я є планування кадрових ресурсів. Фундаментальним у процесі визначення потреби в кадрах в системі охорони здоров'я є: знання про поточну ситуацію стану робочої сили, оцінювання поточного попиту і доступності медичних кадрів, а також визначення майбутніх потреб для вирішення конкретних завдань Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), яке займається загальним плануванням на національному рівні.

Ще однією проблемою є те, що існуюча нині процедура відбору та найму кадрів у закладах охорони здоров'я – оцінювання роботодавцем лише кваліфікації працівника, залишаючи без уваги інші характеристики

претендента на посаду лікаря. 100% керівників закладів охорони здоров'я – головних лікарів, завідувачів відділеннями та головних медичних сестер – виступають за те, щоб, як прийнято в багатьох секторах економіки, процедура відбору персоналу на вакантну посаду лікаря-ординатора та медичної сестри складалася з таких етапів, як аналіз їх роботи, складання вимог до виконавця роботи, пошук людини, що відповідає вимогам, що пред'являються, вибір працівника за допомогою різних методів відбору, оцінка співбесіди.

Для формування ефективної моделі управління медичним закладом менеджеру слід:

- визначити роль та місце штатного розкладу при введенні ефективного контракту, організувати сучасний підхід до організації системи нормування праці в лікувальнопрофілактичному закладі;
- проаналізувати діючу нормативно-правову базу з питань праці та можливості її повноцінного використання в практиці охорони здоров'я;
- ознайомитися із сучасною номенклатурою посад медичних працівників, кваліфікаційними вимогами, професійними стандартами і системою акредитації;
- оцінити забезпеченість організації медичними кадрами відповідно до норм;
- впровадити ефективні методи управління кадрами і розрахунку потреби в працівниках з урахуванням ролі медичного персоналу в лікувально-діагностичному процесі, програми державних гарантій, видів та умов пропонованої установою медичної допомоги населенню;
- визначити пріоритети діяльності медичної організації в умовах економічної кризи, розробити програми мотивації працівників.

Аналіз стану проблем та перспектив кадрового менеджменту у вітчизняній галузі охорони здоров'я показав, що в даний час, на відміну від інших секторів економіки, практично відсутні ефективні й уніфіковані для різних лікувально-профілактичних установ механізми управління кадрами.

Залишаються невирішеними питання професійного відбору медичних працівників, періодичного оцінювання їх діяльності, питання трудової мотивації та адаптації, службово-професійного просування, навчання персоналу на робочому місці, його вивільнення.

Управління кадрами медичних установ фактично зведено до формалізованих процедур набору та звільнення співробітників, що не дозволяє ефективно використовувати їх трудовий потенціал. Існуюча нині процедура відбору та найму кадрів у лікувально-профілактичних установах є оцінювання роботодавцем лише кваліфікації працівника, залишаючи без уваги характеристики претендента на вакантну посаду [48].

Для подальшого вдосконалення системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я можна запропонувати:

1) усвідомлене й цілеспрямоване використання менеджерами закладів охорони здоров'я таких складових технології управління кадрами, як їх відбір, періодичне оцінювання діяльності, навчання на робочому місці, трудова адаптація та мотивація, вивільнення персоналу;

2) застосування методології відбору і найму кадрів, орієнтоване не тільки на оцінювання кваліфікації працівника, а й врахування його професійних якостей (знання, вміння, навички), особистісних характеристик, соціально-демографічних характеристик, фізичного розвитку і зовнішнього вигляду;

3) проведення ділового оцінювання медичного персоналу за допомогою спеціально створеної методики, що дозволяє оцінювати не тільки дотримання норм (стандартів) кількості та якості праці, а й дотримання певних вимог трудового процесу;

4) використання морально-психологічних і матеріальних способів трудової мотивації працівників; створення такої форми оплати праці, яка дозволить значною мірою відійти від дуже поширеного в даний час принципу матеріальної зацікавленості та наблизитися до принципу матеріальної залежності («скільки заробив – стільки й отримав»);

5) побудова організаційно-методичної роботи медичного закладу як специфічної сфери соціально-маркетингової діяльності, спрямованої, з одного боку, на збір, опрацювання, аналіз даних, що знижують невизначеність при прийнятті управлінських рішень, а з іншого – на забезпечення управління персоналом організації, що включає дослідження потреб персоналу, мотивацію, професійне зростання;

6) для реалізації всіх рекомендацій доцільно і необхідно проводити тематичні цикли удосконалення працівників кадрових служб і керівників установ та органів охорони здоров'я.

Ефективність управління медичним персоналом є суттєвим моментом успіху роботи закладів охорони здоров'я. Розробка, формування, прийняття і реалізація управлінських рішень щодо управління медичним персоналом потребує специфічних методик з урахуванням особливостей професійної діяльності і психологічного навантаження при роботі у закладах охорони здоров'я.

3.2. Системи управління оперативною діяльністю

Професійний розвиток та доступ до керівних посад. Разом з оплатою праці кар'єрне зростання стає мотивацією забезпечення належних результатів діяльності. В той час як моделі оплати праці в Україні занадто жорсткі і не прив'язані до оцінки результатів діяльності, кар'єрні шляхи визначено розмито, а прозорого зв'язку між ними та оцінкою результатів діяльності не простежується. Як наслідок, така практика є неефективною в процесі становлення належних стандартів поведінки. Загалом, між посадами лікаря і головного лікаря в медичних закладах існує два ієрархічні кроки: посада завідувача відділення і заступника головного лікаря. Призначення на дані посади значною мірою залежить від головного лікаря. Призначені особи

можуть бути внутрішніми кадрами чи зовнішніми кандидатами; після призначення таких осіб практично неможливо звільнити чи понизити.

Схожа ситуація спостерігається у випадку з посадою головного лікаря. Рішення в даному випадку приймається власником закладу (місцевою радою) або органом, якому делеговано управління цим закладом. Кандидати зобов'язані мати лише медичну освіту та навіть не обов'язково мати підтвердження про проходження курсу спеціалізації з «Організації та управління охороною здоров'я». У випадку з головними лікарями призначені особи також можуть бути внутрішніми кадрами чи зовнішніми кандидатами, і після свого призначення можуть необмежений час перебувати на даній посаді, і звільнити їх практично неможливо. Вимога щодо проходження курсу спеціалізації з «Організації та управління охороною здоров'я» може відкладатись у часі за умови, що новопризначений головний лікар зобов'язується пройти навчальну програму протягом трьох років з моменту свого призначення; хоча судячи з отриманих даних, відсутність необхідної підготовки на посаді головного лікаря сільських лікарських амбулаторій і дільничних лікарень є досить поширеним явищем.

В контексті кар'єрного зростання та доступу до керівних посад слід також згадати про існування «резерву». «Резерв» від двох до трьох лікуючих лікарів в медичних закладах формується у вигляді підготовлених працівників, які б могли обіймати керівні посади; рішення щодо включення до такого «резерву» виноситься на основі консенсусу головного лікаря, начальника відділу кадрів та представника профспілок на основі оцінки потенціалу кожного окремо взятого працівника, віку та категорії; чітких посилок на стаж чи організаційні обов'язки не надається. Перелік осіб, включених до резерву, потім узгоджується відповідним органом управління. Після включення до резерву працівники мають пройти спеціалізацію з організації та управління, хоча на практиці це практично нічого значить, так як призначені на керівні посади не обов'язково вибираються з «резерву».

Варто згадати, що на сьогодні в Україні посади керівників медичних закладів можуть обіймати виключно лікарі, а не менеджери. В даний момент така ситуація не вносить жодних суперечностей, але в майбутньому, у випадку збільшення потужності медичних закладів в Україні та надання їм більшої автономії в управлінських та фінансових питаннях, даний аспект може стати проблемним, так як клінічні компетенції стануть менш важливими для процесу управління такими закладами. Зокрема, це стосується потужних медичних закладів, хоча ефективність «управління» не може вважатись результатом діяльності лише одної окремо взятої особи. Це наштовхує на думку про важливість вдосконалення систем управління (системи управління кадрами, зокрема: оцінка результатів діяльності, запровадження нових моделей оплати праці, прозорого кар'єрного зростання та доступу до керівних посад, професійний розвиток) не лише для медичного, але й для допоміжного персоналу.

Слід також відмітити, що запропонована можливість організації підрозділів в рамках МГОЛ, принаймні по досягненню відділеннями певного рівня потужності, впливає також на кар'єрне зростання, так як подібна практика відкриває доступ до керівних посад, і як наслідок - дає можливість формувати управлінські вміння «в польових умовах» та чітко фіксувати стаж і особисті досягнення працівника, що може знадобитись для процедур підвищення на основі оцінки результатів діяльності.

Брак посилань на досвід роботи та оцінки результатів діяльності в процесі винесення рішень щодо підвищення працівника створює значні недоліки, так як в такій ситуації неможливо обирати працівників із здатністю виконувати поставлені задачі, де перевага може надаватись персональній відданості. Це вимагає встановлення мінімальних вимог до кандидата та включення до вказаних вимог оцінку результатів попередньої діяльності.

Автоматизовані системи управління (АСУ). АСУ – це інструменти, що забезпечують систематичний збір, збереження, обмін, розповсюдження даних, що потрібні для відстеження і оцінки результатів діяльності і

підтримки процесу прийняття рішень. В той час як АСУ не можуть вважатись частиною систем управління кадровими ресурсами, вони відіграють важливу роль у визначенні недоліків роботи, надаючи можливість провадження ефективного процесу прийняття рішень, як наслідок, покращуючи результати діяльності організації.

АСУ в секторі охорони здоров'я України є слабо розвиненими. В той час як збір даних проводиться, ситуація з їх обміном і розповсюдженням є проблемною. Загалом, це можна списати на той факт, що дані збираються для зовнішньої звітності, а не для обґрунтування внутрішніх управлінських рішень. Вся система збору фінансової інформації ґрунтується на потребі виправдати використання коштів та скоригувати витрати з бюджетом. Зважаючи на важливість певних заходів з покращення результатів діяльності для забезпечення фінансування (наприклад, коефіцієнти зайнятості), існує чітко виражена мотивація до фальсифікації подібних даних задля максимізації потоку фінансових надходжень.

Знову ж таки, до тих пір, поки керівники не мають достатніх повноважень, а преміальні за високі результати діяльності відсутні, керівники не будуть проявляти інтересу до впровадження АСУ, через можливу загрозу для свого авторитету керівника та створення перешкод для «ручного управління» закладом. З іншого боку, потреба в АСУ буде зростати з появою МГОЛ, так як рішення потрібно буде приймати в масштабі, що не стикується з традиційним «практичним» підходом.

Системи управлінського контролю. З технічної точки зору, системи управлінського контролю та моніторингу входять до складу АСУ, але потребують окремого висвітлення в рамках даного документу, тому що вони відіграють критичну роль у становленні системи управління кадрами, яка сприяє підвищенню ефективності діяльності.

Системи управлінського контролю націлені на прогнозовані майбутні задачі та регулярні вимірювання фактичного рівня виконання таких поставлених задач. Системи управлінського контролю не зможуть

забезпечити процес зовнішньої звітності, тобто, їх не можна вважати інструментом в руках власників закладів чи третіх сторін для оцінки діяльності менеджера закладу. Замість цього, вони можуть використовуватись в якості інструменту для самооцінки, надаючи менеджерам інформацію про досягнення реальних результатів від проведених заходів, даючи їм можливість провести коригувальні заходи у випадку такої необхідності.

Важливість систем управлінського контролю та моніторингу для покращення результатів діяльності закладу не можна недооцінювати. Сьогодні в Україні інформаційних систем управлінського контролю в секторі охорони здоров'я практично не існує, що позбавляє керівників важливого інструменту постановки задач та оцінки рівня їх виконання. Зокрема, це важливо в умовах непрозорості інформаційної системи, коли будь-які спроби оцінити результати становлять загрозу. В такому випадку запровадження системи управлінського контролю оснований на оцінці результатів діяльності можна вважати довгостроковою метою. З іншого боку, інформаційні системи управлінського контролю є критичними для повноцінного запровадження вдосконаленої структури управління кадрами, що описується даним документом, так як вони є важливими для розвитку нової культури управління, націленої на оцінку результатів діяльності, яка в свою чергу зможе надати підтримку новим рішенням щодо найму персоналу, моделей оплати праці та механізмів доступу до керівних посад.

3.3. Механізми навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій

У даний час найбільш важливим напрямком в галузі вищої медичної освіти є необхідність значного зміцнення практичного аспекту підготовки майбутніх лікарів, а також якісне післядипломне навчання при збереженні відповідного рівня теоретичних знань та вмінь. Класична система

вищої медичної освіти не в змозі повністю вирішити проблему практичної підготовки лікарів [33]. Основними перешкодами на шляху цього є відсутність постійного зворотного зв'язку між учнем і викладачем, неможливість практичної ілюстрації цілого ряду клінічних ситуацій. Сучасна медична освіта, як додипломний, так і післядипломний етапи підготовки лікарів, має сприяти формуванню активного процесу навчання, розвитку здібностей до самонавчання, запам'ятовування, систематизації засвоєного матеріалу та здатності використовувати ці знання на практиці [26].

У зв'язку з цим поява навчання з використанням інтерактивних веб-технологій є невід'ємною частиною сучасної медичної освіти, а комп'ютерне моделювання на основі об'єктивних даних і даних додаткових методів досліджень реального пацієнта (ЕКГ, КТ) дозволяє прогнозувати тактику обстеження і лікування, знижує потенційний ризик для пацієнта та покращує якість надання медичної допомоги.

Передумови впровадження в освітній процес кейс-методу навчання. Інформаційні веб-технології є невід'ємним компонентом сучасної компютерної освіти, у тому числі і медичної, яка відрізняється своєю безперервністю, динамічністю, тому що саме завдяки цьому на сучасному етапі можуть бути реалізовані основні цілі і завдання медичної освіти. Для реалізації безперервної додипломної та післядипломної підготовки фахівців відповідно до Закону України «Про вищу освіту» розроблений сайт кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології Харківського національного медичного університету, на освітній платформі реалізовано і впроваджено в освітній процес елементи сучасного практично-орієнтованого кейс-методу навчання на основі інформаційних веб-технологій [34]. Крім того, на сайті представлені матеріали для широкого кола фахівців з внутрішніх хвороб – кардіологів, ендокринологів, ревматологів, пульмонологів, гастроентерологів, гематологів в рамках післядипломної медичної освіти [26].

Передумовами впровадження в освітній процес кейс-методу навчання за допомогою інформаційних освітніх веб-технологій на клінічній кафедрі:

- періодична відсутність тематичних пацієнтів для демонстрації студентам та пов'язана з цим неможливість практичної ілюстрації всього різноманіття клінічних ситуацій;
- необхідність значного посилення практичного аспекту підготовки майбутніх лікарів, а також якісної післядипломної підготовки при збереженні належного рівня теоретичних знань;
- необхідність оптимізації традиційних засобів, методів та форм навчання;
- необхідність якісної візуалізації додаткових методів обстеження;
- необхідність вдосконалення методів контролю знань, впровадження комп'ютерного тестування, стратегії активного навчання;
- необхідність впровадження в освітній процес нових інформаційно-освітніх веб-технологій навчання, що підвищують ефективність викладання і навчання [18].

Інформаційно-освітні технології навчання. Роль візуалізації в навчанні. Підготовка кваліфікованого лікаря неможлива без контакту і спілкування з реальними пацієнтами, але все частіше безпеку пацієнта і його благополуччя становлять фундаментальну етичну проблему. У 2019 р. Всесвітнім альянсом за безпеку пацієнтів при підтримці ВОЗ було опубліковано Керівництво по забезпеченню безпеки пацієнтів для медичних вузів (WHO), в якому зазначається, що вузи повинні створити безпечне та надійне освітнє середовище для навчання клінічним умінням [17]. Одним із способів досягнення цього завдання є симуляційне навчання. Сучасну медичну освіту практично не можна уявити без застосування імітаційних технологій, зокрема, без електронної бази клінічних випадків, як на кафедральному, так і на загальноуніверситетському рівні. Навчання клінічних умінь з використанням електронної бази клінічних випадків надає

можливість студентам робити помилки у безпечному середовищі, що покращує освоєння ними клінічних умінь. Симуляційне навчання, як в рамках додипломної, так і післядипломної освіти дозволяє досягти більш високого рівня клінічної компетентності майбутніх лікарів [42]. Особливе місце у формуванні навчальних здібностей займає метод візуалізації навчання. У даний час існує безліч досліджень впливу візуального компонента на результативність процесу навчання [32].

В останні десятиліття в області передачі візуальної інформації відбулися суттєві зміни:

- зросли обсяг та кількість переданої інформації;
- склалися нові види візуальної інформації та способи її передачі.

Технічний прогрес та формування нової візуальної культури висуває ряд нових вимог, що пред'являються до діяльності педагогів, особливо у сфері медичної освіти. У даний час візуалізація виступає як проміжна ланка між навчальним матеріалом та результатом навчання, як своєрідний механізм, здатний «зміцнити» процес пізнання, його оптимізувати. Візуалізація забезпечує синтез знань, дозволяє опосередковано і наочно представити досліджувані явища. Особливий інтерес до впровадження методів візуалізації в медичну безперервну освіту продиктований розвитком медичної науки, збільшенням потоку інформації, для освоєння якої стають непридатні традиційні методи та засоби. Для накопичення, освоєння, зберігання, переробки і передачі інформації в рамках медичної освіти необхідні динамічні, мобільні засоби навчання, що сприяють систематизації знань, основою яких є візуалізація. Освітня інформація на основі мультимедіа відкриває можливість доповнення традиційних методів навчання медіафайлами, що дозволяє збагачувати освітній процес різноманітною інформацією та сприяти більш ефективному її засвоєнню. Візуалізація навчальної інформації за допомогою інформаційно-освітніх технологій дозволяє вирішити цілий ряд педагогічних завдань, а саме: забезпечення інтенсифікації навчання, активізації навчальної та пізнавальної

діяльності, формування і розвитку критичного та візуального мислення, зорового сприйняття, образного уявлення знань і навчальних дій, передачі знань та розпізнавання образів, підвищення візуальної грамотності та візуальної культури [19]. У рамках медичної освіти запровадження візуальних методів відображення інформації значно підвищує якість підготовки фахівців, сприяє глибшому запам'ятовуванню матеріалу, розвитку професійної компетентності і найбільш повно відповідає потребам сучасної медичної освіти і необхідності лікаря в безперервному підвищенні його професійної компетентності.

Компоненти практично-орієнтованого кейсметоду навчання при вивченні дисципліни «внутрішні хвороби». Сучасний практично-орієнтований кейс-метод навчання в системі медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій у рамках підготовки лікарів з дисципліни «Внутрішні хвороби», полягає в наступних компонентах [16] (рис. 3):

1.—публікація клінічного випадку, публікація клінічного випадку з тестовим тренажером до неї;

2.—презентації клінічних випадків, лекції проблемних клінічних ситуацій (докладний виклад клінічного випадку з візуалізацією результатів обстеження, огляд клінічних рекомендації, обговорення особливостей клінічної ситуації, результатів лікування, дискусія, невирішені питання, перспективи досліджень);

3.—відео/аудіолекції клінічних випадків з презентаціями (доповнення докладного викладу з візуалізацією результатів обстеження, оглядом клінічних рекомендації щодо обговорюваної в клінічному випадку, обговорення особливостей клінічної ситуації, результатів лікування, дискусії, невирішених питань, перспектив досліджень відео доповідача чи аудіо коментарями);

4.—тренажери відпрацювання практичних навичок (поєднання теоретичного матеріалу з конкретної теми з великою кількістю тестових клінічних завдань);

5.—тренажери клінічних випадків (поєднання конкретного клінічного випадку з логічно пов'язаними тестовими завданнями по темі);

6.—медичні освітні веб-квести (поєднання кількох тем з дисципліни «внутрішні хвороби» в рамках одного проблемного завдання з елементами інформаційної гри в стилі детектива, з побудовою сценарію з розгалуженням і поєднанням теоретичного матеріалу за кількома темами, з відпрацюванням практичних навичок).



Рис.3. Структурні компоненти практично орієнтованого кейс-методу на основі інформаційних веб-технологій

Етичні аспекти впровадження електронної бази клінічних випадків у навчальний процес вищих медичних навчальних закладів. Для кожного з учасників освітнього процесу (рис. 4), студента, лікаря, викладача, пацієнта, ми можемо виділити цілу сукупність переваг впровадження електронної бази даних клінічних випадків у процес навчання.

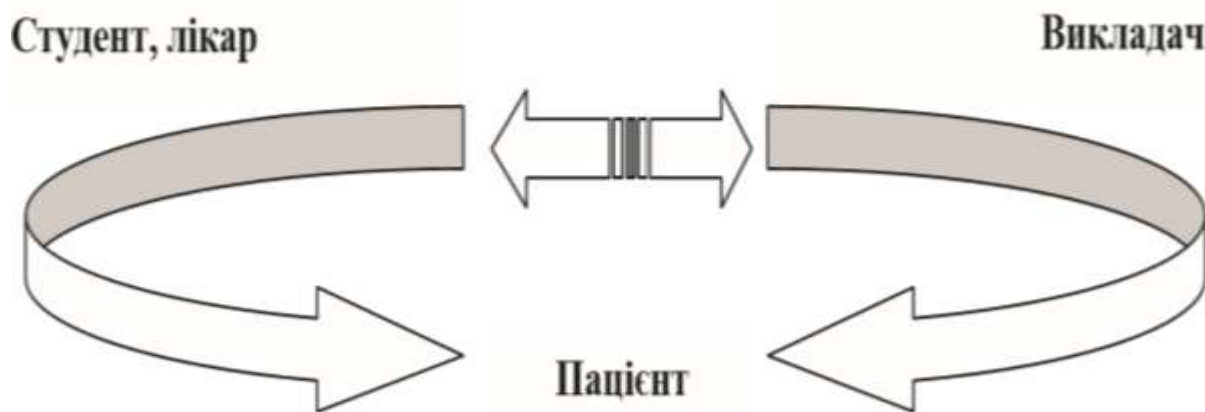


Рисунок 4. Учасники освітнього процесу

Доопрацьовано [26]

Переваги впровадження електронної бази клінічних випадків в навчальний процес для лікаря:

- підвищення якості здобутої освіти, доступ до великої кількості різноманітних клінічних ситуацій;
- особистісно-орієнтований підхід у навчанні;
- гнучкість освіти (навчальний процес у зручний час, у зручному місці і в зручному темпі) – можливість вибирати власні теми навчання, відсутність територіальних обмежень для навчання (доступ в Інтернет), доступ до якісного освітнього контенту у будь-який час і в місці (доступність на сучасних пристроях – телефонах, планшетах, комп'ютерах, що збільшує мобільність навчання);
- висока адаптивність навчального матеріалу – аудіо-, відеоматеріали, сучасні методи діагностики та лікування; стимулювання активної когнітивної діяльності, розвиток логічного мислення, аналіз, узагальнення, систематизація і оцінка інформації, підвищення мотивації до самонавчання, формування нових компетенцій, реалізація творчого потенціалу (розвиток дослідницьких і творчих здібностей), розвиток навичок використовувати накопичені теоретичні знання з точки зору конкретного проблемного завдання, який є основою повсякденної діяльності лікаря;
- скорочення бар'єру між теоретичними знаннями і практичними навичками;

- здатність контролювати власний прогрес;
- навчання без переривання основної діяльності в асинхронному режимі;
- висока адаптивність навчання (використовуючи всі сучасні освітні тенденції в інформаційному суспільстві).

Основним недоліком впровадження електронної бази даних клінічних випадків в освітній процес для того, хто навчається є те, що електронна база даних не замінює досвід, отриманий при реальному спілкуванні з пацієнтом.

Переваги впровадження електронної бази клінічних випадків у навчальний процес для викладача:

- підвищення якості освіти;
- створення багато тематичної бази клінічних випадків полегшує повсякденну діяльність викладача, дає можливість продемонструвати рідкісні і важкі клінічні випадки;
- масова аудиторія (велика кількість студентів можуть займатися з навчальними матеріалами в синхронних режимах);
- можливість використання різноманіття педагогічних технологій, методів, форм і ресурсів взаємодії між усіма учасниками навчального процесу;
- здатність контролювати навчальний процес, розвиток знань і навичок студентів, здатність відстежувати їх успішність;
- стимулювання активної когнітивної діяльності студентів, лікарів, розвиток їх логічного мислення, вміння аналізувати, узагальнювати, систематизувати та оцінювати інформацію, підвищення мотивації до самонавчання, формування нових компетенцій, реалізація творчого потенціалу і розвиток навичок використання накопичених теоретичних знань в рамках конкретного проблемного завдання (наприклад, клінічного випадку), яке і є основою повсякденної діяльності лікаря;
- об'єктивація і автоматична система оцінювання знань студентів;

- необхідність у безперервному навчанні викладача;
- необхідність освоєння сучасних освітніх технологій для поліпшення навчального процесу.

Недоліки впровадження електронної бази даних клінічних випадків для викладачів – необхідність значних часових витрат для підготовки якісного освітнього контенту, необхідність залучення великої кількості працівників, необхідність постійного підвищення їх власних навичок і знань, необхідність освоєння сучасних освітніх технологій, яка може частково вирішена залученням студентів до створення інформаційного контенту електронної бази клінічних випадків [12]. Переваги впровадження електронної бази клінічних випадків для пацієнта полягають у тому, що клінічний досвід у віртуальному середовищі не несе ризику для пацієнта, і що найголовніше – пацієнт в кінцевому підсумку отримує більш якісну медичну допомогу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Управління персоналом закладів охорони здоров'я державного сектору в нових умовах господарювання є найбільш значущим і першочерговим інструментом. А вдосконалення процесу управління персоналом в системі управління медичним закладом дасть змогу ефективно управляти кадровими ресурсами, що принесе як економічні, так і соціальні результати колективу, організації загалом.

2. Забезпечити відповідність розробки АСУ процесу прийняття рішень, інформаційним потребам керівників медичних закладів, які працюватимуть за нових умов та з представниками органам на містах, що вирішили об'єднати зусилля з забезпечення населення якісною медичною допомогою. Це сприятиме можливості систематичного збору, обміну та розповсюдження даних, що може допомогти покращити процес прийняття управлінських рішень.

3. Обґрунтовано функціонування «резерву», посиливши його роль у забезпеченні кваліфікованих кадрів для виконання управлінських обов'язків, зокрема, шляхом запровадження нормативних, організаційних та фінансових механізмів, які б полегшили доступ працівників «резерву» до підготовки з управління охороною здоров'я.

4. Обґрунтовано запровадження обмеження в часі на керівні посади, принаймні для головних лікарів та їх заступників, як варіант: запровадити процедури повторного призначення на посаду, що базуються на процесі оцінки результативності діяльності.

5. Впровадження практично орієнтованого кейс-методу навчання в рамках медичної безперервної освіти за допомогою інформаційних веб-технологій дозволить зменшити бар'єр між теоретичними знаннями та

практичною діяльністю, сприятиме формуванню клінічного мислення, аналізу, систематизації учбового матеріалу, підвищенню відповідальності.

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 газу 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 доз 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, сіро 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,

рядовина, 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, легкозайmistі 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, вентиляторах.

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 віброуючому 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. Комбінаційний 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 $2/3$ 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

$$L = 1,5 H_p = 1,5 * 5,2 = 7,8 \text{ м.}$$

Необхідна кількість світильників

$$N = \frac{S}{L^2} = \frac{40 * 42}{7,8^2} = 28$$

Приймаємо 28 світильників (чотири ряди по 7 світильників).

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. Проведено теоретичне дослідження та встановлено мету, задачі об'єкти менеджменту охорони здоров'я. встановлено, що управління установами охорони здоров'я, можна розглядати з двох позицій: менеджмент охорони здоров'я – це процес впливу на матеріальні, трудові, фінансові відносини. Управління охороною здоров'я – це сукупність всіх органів апарату управління лікувально-профілактичною установою та їх управлінських дій.

2. Встановлено, що управління визначається принципами, методами, функціями та цілями управління. Визначені принципи менеджменту. Функції управління визначаються рівнем системи управління. Система управління будь-якого об'єкту має три рівні: стратегічний, тактичний, оперативний.

3. Враховуючи євроінтеграційний вектор розвитку нашої країни, пріоритетність профілактичного напрямку національної системи охорони здоров'я та формування нової служби громадського здоров'я, подальшого дослідження потребує питання формування кадрової політики в громадському здоров'ї. Поглибленого вивчення вимагають питання планування потреби в кадрових ресурсах громадського здоров'я, їх підготовки, розстановки, мотивації тощо.

4.3 проведеного аналізу можливо стверджувати, що в системі охорони здоров'я держави є як позитивні, так і негативні моменти. І саме ця ситуація потребує адекватного розв'язання найгострішої соціально значущої проблеми. Для покращення сформованої ситуації з кадрами в охороні здоров'я України необхідно вирішувати проблему на державному рівні.

5. Управління персоналом закладів охорони здоров'я державного сектору в нових умовах господарювання є найбільш значущим і першочерговим інструментом. А вдосконалення процесу управління персоналом в системі управління медичним закладом дасть змогу ефективно

управляти кадровими ресурсами, що принесе як економічні, так і соціальні результати колективу, організації загалом.

6.Забезпечити відповідність розробки АСУ процесу прийняття рішень, інформаційним потребам керівників медичних закладів, які працюватимуть за нових умов та з представниками органам на містах, що вирішили об'єднати зусилля з забезпечення населення якісною медичною допомогою. Це сприятиме можливості систематичного збору, обміну та розповсюдження даних, що може допомогти покращити процес прийняття управлінських рішень.

7.Обґрунтовано запровадження обмеження в часі на керівні посади, принаймні для головних лікарів та їх заступників, як варіант: запровадити процедури повторного призначення на посаду, що базуються на процесі оцінки результативності діяльності.

8. Запровадження практично орієнтованого кейс-методу навчання в рамках медичної безперервної освіти за допомогою інформаційних веб-технологій дозволить зменшити бар'єр між теоретичними знаннями та практичною діяльністю, сприятиме формуванню клінічного мислення, аналізу, систематизації учбового матеріалу, підвищенню відповідальності.

ЛІТЕРАТУРА

1. База даних «Здоров'я для всіх. Україна» : Офіційний сайт Центру медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/>.
2. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році: статистичний збірник Київ, 2018. 109 с.
3. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Київ, 2018. 96 с.
4. 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 галузіохорони 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. Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: монографія. Київ: ДП «Прінт Сервіс», 2018. 136 с.
13. Статистичний щорічник України за 2017 році: статистичний бюлетень. Київ, 2018. 541 с.
14. Дурдикулієва Н. Менеджери медицини нової генерації. Ваше здоров'я. 2019. № 14. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=862>
15. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. К. : [б. и.], 2016. 335 с.
16. Криштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджмент в здравоохранении. – К. : Здоров'я, 2015. 180 с.
17. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2018. 276 с.
18. 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.
19. Руководство к своду знаний по управлению проектами. Руководство РМВОК-6 / Project Management Institute, PMI/ М.: "[Олимп-Бизнес](#)", — 2019г.
20. Лоффлер Марк. Ретроспектива в Agile. Проверенные методы и инновационные подходы / Марк Лоффлер / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2020г

21. Кэган Марти. Вдохновленные. Все, что нужно знать продакт-менеджеру / Марти Кэган / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2020г
22. Голдштейн Илан. Scrum без ошибок. Инструменты, техники и советы для тех, кто работает по Agile / Илан Голдштейн / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2019г
23. 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
24. Agile. Практическое руководство / Коллектив авторов/ М.: "[Олимп-Бизнес](#)", — 2019г
25. Беркун Скотт. Сделано. Проектный менеджмент на практике / Скотт Беркун / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2019г
26. Швабер Кен. Скрам. Гибкое управление продуктом и бизнесом / Кен Швабер / К.: "[Альпіна Паблішер](#)", — 2020г
27. Когон Корі. Керування проектами для «неофіційних» проект-менеджерів / Корі Когон, Сьюзетт Блейкмор, Джеймс Вуд / К.: "[Фабула](#)", — 2018г
28. Инглунд Рэндалл. Руководитель проектов. Все навыки, необходимые для работы / Рэндалл Инглунд, Альфонсо Бусеро/ М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2018г
29. Армстронг М. Практика управления человеческими ресурсами. / пер. с англ.; под ред. С.К. Мордовина. – СПб.: Питер, 2019. – 848 с.
30. Боссиди Л. Исполнение: Система достижения целей / Л. Боссиди, Р. Чаран; пер. с англ. – М.: Альпина Паблишерз, 2017. – 325 с.
31. 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.
32. 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.: ІРІДІУМ, 2006. – 208 с.

33. 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.

34. Грей К. Ф., Ларсон Э. У. Управление проектами: Практическое руководство / Пер. с англ. – М.: Издательство «Дело и Сервис», 2019. – 528 с.

35. 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.

36. 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.

37. 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.

38. 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.

39. 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.

40. 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.

41. Pharma 2020: Supplying the future by PriceWaterhouse Coopers [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.pwc.com/en_GX/gx/pharma-life-sciences/

42. Pharma 2020: The Vision — Which Path Will You Take? by Pricewaterhouse Coopers [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pharma2020/pharma-2020>

43. TOP-50-Pharmaceutical-companies-Pharm-Exec The Pharm Exec [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.scribd.com/doc/21016515/>

44. 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.

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

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

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

48. 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).

49. 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.

50. 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.

51. 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.

52. 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.

53. 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.

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

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

56. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги: статистичний збірник. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdn/sns/arh_sns.html.

57. Реформа медичного обслуговування. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/.

58. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/>. -