

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я

\_\_\_\_\_ В.А. Огнєв

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО КАДРОВОГО  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»  
Освітньо-професійна програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»  
Галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»  
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-20

К.З. Шаршидзе

Керівник,

д.держ.упр., проф.

Д.В. Карамишев

Рецензент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	5
1.1 Інституціональне та нормативно-правове забезпечення державної політики щодо розвитку сфери охорони здоров'я .....	5
1.2 Особливості кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я .....	14
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	24
2.1 Механізми реалізації державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я .....	24
2.3 Проблеми зі забезпеченням вітчизняної сфери охорони здоров'я кваліфікованими кадрами .....	34
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	42
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я .....	42
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого покращання кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я .....	50
ВИСНОВКИ .....	61
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	63

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Нині в Україні триває медична реформа, яка, окрім іншого, передбачає певну перебудову системи кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Означене обумовлене, передусім, невтішними кількісними та якісними параметрами персоналу більшості вітчизняних закладів охорони здоров'я: наявність значної кількості вакансій (особливо в сільській місцевості), третина персоналу належить до старших вікових категорій, недостатньо вмотивована, далеко не завжди володіє сучасними технологіями надання медичних послуг тощо. Означена невтішна ситуація є наслідком існуючих численних прогалин чинної державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, без вирішення яких неможливо покращити ситуацію у цій сфері національної економіки, а з тим – забезпечити належний рівень здоров'я населення. Відтак, питання вдосконалення механізмів реалізації державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Білинська М. [11], Грузєва Т. [38], Дзюндзюк В. [15], Золотарьов В. [19], Кагановська Т. [21; 22], Карамішев Д. [69], Карлаш В. [23], Кланца А. [25], Колеснікова В. [27], Коротич О. [30], Кризина Н. [32], Лехан В. [33; 34], Мельниченко О. [36; 37], Москаленко В. [38], Муляр Г. [40–42], Пітко Я. [49], Радиш Я. [65], Слабкий Г. [34], Удовиченко Н. [69], Худоба О. [70; 71], Худошина О. [72], Чухно І. [37; 75], Шевцов В. [76], Шевчук Н. [77], Штогрин О. [79] та інші вчені.

*Мета та завдання дослідження:* на основі дослідження діючих в Україні механізмів реалізації державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

– з'ясувати сутність державної політики щодо розвитку сфери охорони здоров'я;

– дослідити діючі механізми реалізації державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я;

– систематизувати проблеми зі забезпеченням вітчизняної сфери охорони здоров'я кваліфікованими кадрами;

– виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо кадрового забезпечення сфери;

– запропонувати для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого покращання кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я.

*Об'єктом дослідження* є розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я.

*Предметом дослідження* є державна політика щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я.

*Методи дослідження.* абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку сфери охорони здоров'я; статистичних порівнянь – для дослідження результативності державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я.

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів реалізації державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1 Інституціональне та нормативно-правове забезпечення державної політики щодо розвитку сфери охорони здоров'я

Здоров'я населення як абсолютна ціннісна величина в системі пріоритетів національних інтересів впливає на формування стратегічних зобов'язань, які має брати на себе держава по його забезпеченню. Держава має обмежувати власну адміністративну автономію свободи, навіть шляхом обмеження функціонального суверенітету, аби утвердити здоров'я як базовий та ціннісний пріоритет національного розвитку. У сучасних обставинах така конструкція не має гностичних передумов для її реалізації, однак потенціал побудови сервісної держави з пріоритетом на утвердження «якісного буття людини» є новітньою аксіоматичною умовою, відповідно до якої конструюється система національних інтересів у сфері охорони здоров'я [25] – науково обґрунтована система лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів, метою яких є зміцнення здоров'я людей, запобігання захворюванням, підвищення працездатності й продовження їх активної життєдіяльності [33].

Стратегічним завданням охорони здоров'я має виступати запровадження ефективних і дійових інструментів розширення переліку якісних медичних послуг для населення, формування розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я та забезпечення її кваліфікованими медичними кадрами [25].

Здоров'я населення варто розглядати як спільний результат взаємодії органів державної влади, органів місцевого самоврядування, діяльності профільних фахівців з охорони здоров'я, науковців і самого населення, спрямованих на створення таких соціально-економічних та екологічних умов проживання, за яких населення суб'єктивно почуватиметься здоровим, і які

позитивно впливатимуть на збільшення тривалості й покращення якості життя [70]. Держава, зберігаючи свою солідарність у ставленні до людини, має висловити турботу про неї, презентуючи у такий спосіб абсолютистський протекціонізм через забезпечення здоров'я населення [90].

Тобто мова йде про державна політику в сфері охорони здоров'я – комплекс прийнятих загальнодержавних рішень або взятих зобов'язань держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення України шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних і медичних заходів з метою збереження генофонду нації, її гуманітарного потенціалу та урахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної особистості, так і суспільства в цілому [65]; визначення стратегії і тактики, політичного курсу, пов'язаного з діяльністю держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення України як найважливішої складової її національного багатства, що втілені в законодавстві країни і виявляються в забезпеченні розвитку людського потенціалу українського народу [33].

Підхід до формування державної політики, що заснований на правах людини, спрямований на врегулювання відносин між носіями прав, якими є окремі особи і групи, що мають певні права, і носіями обов'язків, тобто особами, які зобов'язані забезпечувати ці права, наприклад держава [48]. Право на охорону здоров'я як загально-соціальне (природне) право людини, і як суб'єктивне юридичне право – це закріплена у законодавстві та гарантована державою можливість кожної людини використовувати усі соціальні, передусім державні, засоби, спрямовані на збереження, зміцнення, розвиток та, у разі порушення, відновлення максимально досяжного рівня фізичного і психічного стану її організму [7], є одним із соціальних прав людини, під якими розуміють сукупність відповідних прав і свобод людини, що забезпечують їй гідний рівень життя та необхідний соціальний захист [38]. Тобто стверджуючи, що людина має право на охорону здоров'я, мається на увазі її можливість самостійно

вчиняти певні активні дії чи вдаватися до конкретних заходів, а також вимагати від інших суб'єктів вчинення дій, які були б спрямовані на задоволення цього права, а також вимагати від держави забезпечення цього права (відшкодування матеріальної та моральної шкоди, оскарження неправомірних дій, рішень чи бездіяльність посадових і службових осіб органів управління охороною здоров'я і закладів охорони здоров'я) [71].

Загально прийнято, що інституціональна складова державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я є сукупністю відповідних органів державної влади – упорядкована, організована, цілісна система органів законодавчої, виконавчої та судової влади, як наділені відповідними владними повноваженнями, а їх діяльність спрямована на реалізацію державної влади на всій території й в усіх сферах суспільства [6], які здійснюють цілеспрямований регулюючий вплив на господарську діяльність у сфері охорони здоров'я шляхом застосування визначених законодавством різних засобів і механізмів з метою реалізації державної політики охорони здоров'я [13], а нормативно-правове забезпечення – чинна нормативно-правова база, що регламентує діяльність усіх учасників цього процесу.

Саме державні структури формують політику в цій сфері, задають темп її реалізації, покликані забезпечити реальне втілення правових приписів в життя. Кожний з органів державної влади має свої мету, завдання, повноваження, компетенції, міру відповідальності. Так, зокрема, мета відбиває загальну спрямованість діяльності інституції. Завдання конкретизують, розкривають мету, є похідними від неї. Повноваження – це юридична конструкція, що поєднує в собі специфічні права й обов'язки суб'єктів публічного адміністрування. Кількість повноважень суб'єкта державної влади залежить від різних обставин й істотно змінюється. Особливості їх функціонування можуть бути розкриті лише з урахуванням взаємозв'язків і динамічної взаємодії всіх елементів його компетенції [6]. Чинним законодавством визначено форми відповідальності (адміністративну, кримінальну та цивільно-правову [72]) й ті, хто може бути притягнений до неї (держслужбовці органів державного

управління, посадові особи органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я тощо).

Для досягнення поставлених завдань важливим моментом є те, що органи влади, виконуючи свої функції, спираються на такі принципи: системність, законність, відповідальність, оптимальність, прогнозованість, пріоритетність, прозорість, ефективність. Дотримуючись зазначених принципів можна досягати підвищення дієвості та ефективності механізму державного регулювання в умовах реформування галузі, існуючі на даному етапі в Україні [23].

Органи державної влади й органи місцевого самоврядування, що здійснюють реалізують державної політики щодо розвитку сфери охорони здоров'я, можна поділити на органи загальної компетенції й органи спеціальної компетенції:

– органи загальної компетенції: Верховна Рада України [13] (його профільний комітет та Уповноважений Верховної Ради України з прав людини), Президент України, Кабінет Міністрів України, районні та обласні ради, Київська міські ради, місцеві державні адміністрації, сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи [13; 40], судові органи тощо [40], професійні самоврядні організації, Рада громадського контролю, орган контролю якості надання медичної допомоги, орган медичного самоврядування [72];

– органи спеціальної (галузевої) господарської компетенції: МОЗ, НСЗУ, інші ЦОВВ, яким підпорядковані заклади охорони здоров'я (МЗС, МВС, СБУ, Міністерство оборони України, Державна прикордонна служба України, Міністерство транспорту України), Держлікінспекція, департаменти (управління, відділи) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, міської державної адміністрації Києва, управління (відділи) охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад [13].

Класифікація суб'єктів публічного управління охороною здоров'я на регіональному рівні:

а) суб'єкти публічного управління обласного рівня: суб'єкти міжгалузевої компетенції (обласна рада, обласна державна адміністрація); суб'єкти галузевої



компетенції (департамент, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, обласна лікарня);

б) суб'єкти публічного управління районного рівня: суб'єкти міжгалузевої компетенції (районна рада, районна державна адміністрація, сільські, селищні, міські ради на території району); суб'єкти галузевої компетенції (управління, відділи, сектори охорони здоров'я районної державної адміністрації, районна лікарня, центр первинної медико-санітарної допомоги) [77].

Пріоритетними функціями Верховної Ради України парламенту в сфері охорони здоров'я є законотворча та установча, оскільки цей державний орган займається розробкою нормативних актів у сфері охорони здоров'я, визначенням стандартів і регуляторів у сфері охорони здоров'я, формуванням державних органів, необхідних для підтримання охорони здоров'я у державі, їх фінансуванням, цим самим формуючи державну політику в сфері охорони здоров'я та забезпечуючи її реалізацію через надані контрольні функції [40]. Протягом останніх років в Україні прийнято понад 1200 чинних нормативно-правових актів різного правового статусу, які як додатки включають більше 1000 інструкцій, положень, методичних документів тощо, які регламентують всі види професійної діяльності галузі [54]. В Україні на один законодавчий акт (закон) у сфері охорони здоров'я в середньому припадає приблизно 200 підзаконних галузевих нормативно-правових актів. У зв'язку із цим кількість законів прямої дії, тобто таких, що безпосередньо стосуються охорони здоров'я є замалою. Звідси випливає, що законодавство в медичній галузі наразі розпорошене і не містить чіткої цілісної структури, а важливі й значущі питання галузі досить часто врегульовані тільки підзаконними нормативно-правовими актами. Це свідчить про те, що законопроектів з питань охорони здоров'я не приділяється належна увага, відсутня чітка позиція реформування галузі та наявні векторно протилежні погляди законодавців на проблеми у сфері охорони здоров'я. Особливе ключове значення у виробленні політики в медичній галузі належить Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, що діє в структурі Верховної Ради України [40].

Важливою є проведена Комітетом робота по напрацюванню законодавчих ініціатив, необхідних для подальшого розвитку й реформування охорони здоров'я та виконання міжнародних зобов'язань України, а Угодою про асоціацію між Україною і ЄС [20]. Разом з тим функціональною спрямованістю Комітету є також попередній розгляд і підготовка висновків і пропозицій щодо законопроектів, внесених суб'єктами законодавчої ініціативи на розгляд Верховної Ради України; доопрацювання окремих законопроектів за наслідками розгляду їх у першому та наступних читаннях; попередній розгляд і підготовка висновків і пропозицій щодо проектів загальнодержавних програм у сфері охорони здоров'я, а також наданні згоди на обов'язковість чи денонсацію міжнародних договорів України; внесення пропозицій щодо перспективного планування законопроектної роботи в сфері охорони здоров'я [61]. В основі установчої функції Верховної Ради України закладені повноваження по формуванню органів державної влади, призначенню посадових осіб або ж надання згоди на це. Зокрема, у сфері охорони здоров'я Верховна Рада України наділена конституційними повноваженнями формувати свої внутрішні інституції, такі як Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, обирати його голову, першого заступника, заступників голови та секретаря Комітету, а також тимчасові спеціальні й тимчасові слідчі комісії. Важливим повноваженням Верховної Ради України є призначення за поданням Прем'єр-міністра України Міністра охорони здоров'я України [42].

Відповідно до Основного Закону, Президент України серед іншого є гарантом додержання прав і свобод людини і громадянина, присягає обстоювати права й свободи громадян і наділений низкою повноважень, що стосуються також сфери охорони здоров'я. Приміром, він може звертатися з посланнями до народу та з щорічними й позачерговими посланнями до Верховної Ради України щодо важливих питань внутрішньої/зовнішньої політики держави; приймає при потребі рішення про введення в Україні чи на окремих територіях надзвичайного стану, а також може оголосити за необхідності окремі місцевості зонами надзвичайної екологічної ситуації;

підписує закони Верховної Ради України або накладає на них вето тощо [28]. Президент України наділений конституційними повноваженнями видавати укази і розпорядження на виконання Конституції і законів України, які є нормативно-правовими актами, й відповідно, є обов'язковими до виконання. Останнім часом Президент України невідкладно реагує на процеси, що відбуваються в сфері охорони здоров'я, беручи активну роль в правотворчості. Президент України здійснює більше контролюючі та координуючі функції з метою впливу на стан функціонування органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Зокрема, через функцію контролю він опосередковано впливає на формування фінансових потоків у цій сфері (щодо підготовки проєкту держбюджету, фінансування програм у сфері охорони здоров'я) [40].

Повноваження Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я: розробка проєктів законів і державних програм в цій сфері; забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; забезпечення матеріально-технічним ресурсами діяльності у цій сфері [60]. Кабінет Міністрів України організовує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди й координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [47].

МОЗ є головним органом у системі ЦОВВ, що забезпечує формування та реалізує державну політику щодо розвитку сфери охорони здоров'я, а також захисту населення від соціально небезпечних захворювань, попередження та профілактики неінфекційних захворювань [57]. У складі МОЗ діє Департамент кадрової політики і запобігання корупції МОЗ. Основні завдання департаменту: організація та реалізація державної політики в галузі вищої освіти і контроль за її втіленням, дотриманням нормативно-правових актів у сфері державної служби, вищої освіти, з питань якості підготовки, розстановки та використання

медичних кадрів, добору і просування по службі за діловими якостями й професійною компетенцією керівних кадрів, підготовки, перепідготовки та післядипломної освіти медичних і фармацевтичних працівників сфери охорони здоров'я, планування, проведення НДР, і впровадження в практику їх результатів, забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері підготовки дійового кадрового резерву й боротьби з корупцією та організованою злочинністю в сфері охорони здоров'я [53].

На НСЗУ покладені такі завдання: реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд МОЗ пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [8].

Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками (далі – Держлікслужба) як ЦОВВ реалізує державну політику у сферах контролю якості і безпеки лікарських засобів, у т.ч. медичних імунобіологічних препаратів, медичної техніки і виробів медичного призначення, та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу. Основними завданнями Держлікслужби є: реалізація державної політики у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, медичних виробів та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також внесення МОЗ пропозицій щодо формування державної політики у зазначених сферах; ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібно торгівлі лікарськими засобами, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; технічне регулювання у визначених сферах; здійснення державного регулювання і контролю у сферах обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів і протидії їх незаконному обігу [52].

Органи місцевого самоврядування відіграють особливу роль в забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я на місцевому рівні, оскільки є найбільш наближеними до населення, що проживає на певній території – області, району, міста, селища, села, і, відповідно, повинні бути найбільш відповідальними за здоров'я територіальної громади і якісне надання медичних послуг [40]. Місцеве самоврядування здійснюється територіальними громадами сіл, селищ, міст як безпосередньо, так і через сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, а також через районні та обласні ради, які представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст.

Власні повноваження в сфері охорони здоров'я є наступними: організація медичного обслуговування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; сприяння роботі асоціацій, інших громадських і неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я; управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення.

Під делегованими повноваженнями слід розуміти повноваження органів виконавчої влади, надані органам місцевого самоврядування законом, а також повноваження органів місцевого самоврядування, які передаються відповідним місцевим державним адміністраціям за рішенням районних, обласних рад. До них законодавчо віднесені: забезпечення в межах наданих повноважень доступності й безоплатності медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення відповідно до закону розвитку медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони

здоров'я [62]. Відповідно до Бюджетного Кодексу, делегування повноважень повинно відбуватись разом з фінансовими надходженнями від податків, зборів й інших обов'язкових платежів до відповідних бюджетів. Причиною впровадження механізму делегування повноважень є те, що воно має наслідком реалізацію повноважень більш обізнаними та компетентними суб'єктами, які здатні використовувати ширші інформаційні, людські та часові ресурси [6].

Підбиваючи проміжний підсумок, слід зазначити, наразі в Україні сформовано інституціональне і нормативно-правове забезпечення реалізації державної політики щодо розвитку сфери охорони здоров'я, належне використання якого спроможне досягти цілей та завдань, які стоять передуповноваженими органами державної влади у цій сфері.

## **1.2 Особливості кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я**

Найважливішим пріоритетом діяльності сфери охорони здоров'я виступають медичні працівники – фахівці-професіонали, які на підставі здобутих знань і опанованих умінь, наділений необхідними повноваженнями (тобто сертифікований відповідно до чинного законодавства України) для здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я [72]; особи, які виконують свої професійні функціональні обов'язки за відповідною спеціальністю, яку отримала після здобуття відповідної професійної медичної чи фармацевтичної освіти та відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам [80]; лікарі закладу охорони здоров'я або лікар, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець і який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування [47].

Фрагментарна роль держави знаходиться у площині відсутності чіткого розуміння відмінності між традиційною медициною та сферою охорони здоров'я. Така відмінність полягає в тому, що медицина – це сфера професійної діяльності лікарів, сфера взаємовідносин лікаря та пацієнта, а охорона здоров'я

– це система забезпечення життя та здоров'я всього населення та кожної людини окремо, а тому необхідна профілактика, яка неможлива без етапної ешелонної допомоги населенню, яку мають надавати висококваліфіковані медичні кадри [68] – сукупність працівників, які мають необхідну професійну підготовку, необхідні знання та вміння для ефективного виконання певних функцій [17], передусім, здійснення діяльності, первинна мета якої полягає у зміцненні здоров'я [92]. Медичні кадри виступають стратегічним капіталом держави, адже велика кількість капіталовкладень у світову сферу охорони здоров'я спрямовуються саме на її кадрове забезпечення. Звичайно лікар повинен відігравати центральну роль у сфері охорони здоров'я, особливо в частині досягнення якості та ефективності надання медичних послуг. Для виконання цієї ролі він повинен володіти високим ступенем компетентності у питаннях надання медичної допомоги пацієнтам. Особливо прискіпливо компетентність і професіоналізм лікарів розглядається при ліцензуванні господарської діяльності з медичної практики [19].

Медичні кадри складаються з широкого спектру фахівців: медичного, немедичного та управлінського профілю. Кадрові ресурси є найважливішим активом, необхідним для забезпечення надання медичної допомоги населенню країни [67], й на якому побудована стратегія професійного розвитку й підвищення рівня кваліфікації, з урахуванням світового досвіду, управлінських заходів і національних потреб [72]. До категорії лікарського складу належать лікарі всіх спеціальностей, що вказані в номенклатурі [63].

Медичний працівник має підтверджувати свою професійну медичну кваліфікацію, мати ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики або укласти договір із закладом охорони здоров'я, та якісно виконувати свої функціональні обов'язки при наданні медичної допомоги та медичних послуг пацієнтам [74].

Медичну допомогу на території України можуть надавати фахівці, що здобули освіту за кордоном. Особи, які пройшли медичну підготовку в навчальних закладах зарубіжних країн, допускаються до професійної діяльності

після перевірки їх кваліфікації в порядку, встановленому МОЗ, якщо інше не передбачено законодавством або міжнародними договорами, в яких бере участь Україна. Порядок надання права на професійну діяльність в Україні особам, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн, затверджено наказом МОЗ від 19.08.1994 р. № 118-с [59].

Фізична особа-підприємець має право приймати на роботу лікарів відповідно до заявленої спеціальності, а молодших спеціалістів з медичною освітою – залежно від профілю (спеціальності) за умови, що їх кваліфікаційний рівень відповідає єдиним кадровим вимогам, затвердженим МОЗ [72].

Більша частка усіх капіталовкладень в сферу охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення. Характеризуючи кадровий потенціал закладів охорони здоров'я, можна виділити такі його характеристики:

- кількісні (укомплектованість, чисельність, склад, структура, вік, стаж роботи, плинність і рівень ротації кадрів, продуктивність праці);

- якісні (фізичний, психологічний, адаптаційний, інтелектуальний, етичний, духовно-творчий, кваліфікаційний, організаційний потенціали).

Головним є те, що він поєднує ступінь використання потенційних можливостей як окремо взятого медичного працівника, так і сукупності працівників, забезпечуючи на практиці активізацію людського чинника в трудовій діяльності за певних умов [66].

Результати діяльності сфери охорони здоров'я істотною мірою залежать від її кадрового забезпечення – складової частини кадрової політики, яка спрямована на забезпечення потреб в кадрах шляхом реалізації відповідних процесів управління персоналом (аналіз кадрових процесів та їх планування; підбір і відбір персоналу; адаптація персоналу; оцінювання та контроль дій персоналу, мотивація та стимулювання персоналу, розвиток персоналу, підвищення його професійно-кваліфікаційного рівня; трудові відносини, якість життя, умови праці; вивільнення персоналу) з метою підвищення якості послуг і сприяння досягненню кращих результатів суб'єкта господарювання [39]; необхідний кількісний і якісний склад його працівників [24]; комплекс дій, що



спрямовані на пошук, оцінку й встановлення заздалегідь передбачених стосунків з робочою силою, як в самому підприємстві, так і поза його межами; необхідний кількісний і якісний склад працівників кадрової служби організації; функція адміністративної діяльності, яка спрямована на реалізацію завдань щодо управління персоналом [10; 19]; один із напрямів кадрової політики, результат формування складу персоналу, відповідного за характеристиками тактичним і стратегічним цілям організації, спрямований на вдосконалення кадрового потенціалу організації [3]; сукупність дій, яка спрямована на формування чисельності та якісного складу працівників, їх адаптації, мотивування, навчання, оцінювання і розвиток, що забезпечить ефективне виконання цілей та завдань установи (організації); рівень відповідності між кількісним та якісним трудовим потенціалом, що користується попитом на ринку праці в конкретний момент часу, і діяльністю установ й організацій, що забезпечують відповідні технології підготовки та рекрутування кадрів (система багаторівневої загальної та професійної освіти, перепідготовка та підвищення кваліфікації кадрових служб організацій й інших інституціональних структур) [39]; управління діяльністю з наповнення організаційних структур системи державного управління відповідними за професією та кваліфікацією кадрами задля надання можливості функціонування держави та її органів у відповідності до вимог Конституції, що призводить до виникнення окремого виду правовідносин – адміністративних [22]; діяльність уповноважених суб'єктів з реалізації кадрової політики держави з метою забезпечення функціонування державного управління соціальними, технічними, біологічними об'єктами, яке здійснюється в умовах ринкової економіки з урахуванням демократичних засад побудови країни із пріоритетним забезпеченням прав, свобод і законних інтересів особи, шляхом наповнення організаційних структур системи державного управління відповідними за професією та кваліфікацією кадрами, створення у них мотивації до ефективної праці, організації їх ефективного використання, професійного і соціального розвитку, досягнення раціонального ступеня мобільності персоналу, а також їх соціального захисту [21].

Важливі елементи функціональної структури кадрового забезпечення: організаційно-штатна робота; підбір кадрів; розстановка кадрів; підготовка кадрів; присвоєння спеціальних звань; оцінка кадрів; забезпечення службового просування кадрів; виховання кадрів; соціальне забезпечення кадрів; стимулювання службової активності кадрів; зміцнення законності та службової дисципліни в діяльності кадрів; звільнення кадрів; робота з ветеранами [43].

На реалізацію механізму кадрового забезпечення впливають такі фактори:

– внутрішнього середовища: політико-законодавчі, соціокультурні, економічні, техніко-технологічні; професійно-кваліфікаційні, соціально-психологічні, управлінські та культурні фактори.

– зовнішнього середовища: цілі й стратегія; маркетингова діяльність; кадрова політика; професійно-кваліфікаційні фактори; організаційна культура та структура; соціально-психологічний клімат у колективі.

Саме кадрове забезпечення визначає можливість будь-якої економічної системи стосовно досягнення цільових орієнтирів власного розвитку. Своєю чергою, професійно підібраний і висококваліфікований склад кадрів має величезний потенціал і легко сприймає передові тенденції інноваційного становлення економіки. Тоді як колектив низько-кваліфікованого персоналу, що визначає напрямки розвитку економічної системи, є фактором ризику, який значно знижує ймовірність ефективного розвитку всієї системи. Відповідно, аналіз кадрового забезпечення в рамках дослідження дозволить оцінити саму систему, її здатність до розвитку і досягнення цільових станів.

Процес забезпечення будь-якої установи кадрами, здійснюється за допомогою певних способів, які слід визнати формами здійснення кадрового забезпечення – процесом реалізації політики, що включає в себе планування, відбір, найм, розподіл трудових кадрів, навчання і підготовку персоналу, просування по службі, методи стимулювання праці, умови праці, формальні і неформальні зв'язки, консультування та переговори, подолання конфліктних ситуацій в колективі. Форми можна класифікувати за джерелами залучення кандидатів для заміщення посад органів місцевого самоврядування:

- внутрішні – внутрішній конкурс, ротація, кадровий резерв;
- зовнішні – конкурс, ротація, центри зайнятості, залучення ЗМП.

Прийом співробітника на підставі конкурсу не може реалізовуватися автоматично, орієнтуючись лише на особисті заслуги співробітників в ході їх діяльності. Особи, які заміщають посади та володіють необхідними знаннями, навичками і вміннями повинні бути перевірені в ході різних конкурсних процедур. Відповідно, однаково рівний доступ до посад, а отже, однакове право на кар'єрне зростання повинно здійснюватися через конкурс, що проводиться кадровою службою установи. Тому створення рівних можливостей і умов для кар'єрного зростання є першочерговим завданням кадрових служб [39]. Порядок конкурсного приймання на керівні посади має базуватися на таких основних принципах: забезпечення гласності; рівноправності, який виключає дискримінацію за походженням, статтю, віросповіданням або політичними поглядами; відповідності здібностей та професійного рівня вимогам конкретного виду діяльності в системі державного управління [16].

При зарахуванні на посади лікарів, середнього медичного персоналу слід ураховувати положення чинних нормативно-правових актів МОЗ [26].

Ротація – переміщення посадових осіб в системі з одного виду в інший, з одного органу в інший передбачає почергове перебування в будь-якій посаді, оновлення складу.

До внутрішніх джерел підбору кадрів відносяться люди, які безпосередньо працюють в даній установі. Використання внутрішніх джерел сприяє більшій зацікавленості співробітників, поліпшенню морального клімату в колективі, зміцненню віри працівників у свою установу й посилення прихильності персоналу до нього. Методи комплектації кадрів за допомогою внутрішніх джерел: внутрішній конкурс; ротація всередині установи. Можливими варіантами переміщення працівників є: зміна обсягу завдань і обов'язків, не викликане підвищенням кваліфікації, не тягне за собою підвищення в посаді і зростання заробітної плати; підвищення рівня кваліфікації, що супроводжується дорученням співробітнику більш складних

завдань, не тягне за собою підвищення в посаді, але супроводжується підвищенням заробітної плати; підвищення (або зниження) на посаді, зі збільшенням (або зменшенням) посадових обов'язків, збільшенням (зменшенням) прав і підвищенням (зниженням) рівня діяльності.

Кадровий резерв – найбільш важливий з усіх механізмів, так як він дозволяє здійснити ефективну й своєчасну розстановку співробітників відповідно до посад, які є або стають вакантними. Резерв кадрів також дозволяє підбирати всі потрібні кандидатури для заміщення посад, в умовах обмеженого часу. Процес роботи з резервом кадрів являє собою постійну укомплектованість кадрового резерву, підготовку кандидатів і своєчасне висування, а також постійний моніторинг стану зайнятих і вільних вакансій в установі [39].

Якщо лікар протягом здійснення медичної діяльності вчинив злочин чи грубо порушив Присягу, адміністрація медичного закладу разом із професійною самоврядною організацією можуть ставити питання про зниження кваліфікаційної категорії чи призупинення/анулювання ліцензії на право зайняття професійною діяльністю на певний проміжок часу [72].

Звільнення працівника з ініціативи роботодавця у зв'язку з виявленою невідповідністю працівника займаній посаді або виконуваній роботі внаслідок недостатньої кваліфікації [26].

На сучасному етапі виділяють три основні етапи навчання медичних працівників. Спочатку навчання та отриманні диплому у вищих медичних навчальних закладах. Після отримання диплому медичний працівник проходить навчання у закладах післядипломної освіти та отримує певну спеціальність. А надалі здійснюється безперервний професійний розвиток, який триває все життя. Близькими до цієї універсальної лікарської моделі є схеми підготовки медичних сестер, фельдшерів, парамедиків, провізорів, фармацевтів, військових медиків. Кожен із трьох освітніх процесів передбачає постійне вдосконалення, усунення накопичених невідповідностей. Центральне місце в підготовці лікаря обіймає інтернатура. Адже саме тут вперше здобуваються спеціальність і право на медичну практику [72].

Кадрове забезпечення не є спонтанним процесом, а тому передбачає зважене управління ним – реалізації сукупності вимог усієї системи об'єктивних законів і закономірностей у їх взаємозв'язку і взаємоузгодженості, забезпеченні на цій основі науково обґрунтованого впливу на керований об'єкт з метою його упорядкування, збереження цілісності та якісної специфіки, ефективного функціонування та розвитку [12].

Похідним звідси є поняття «управління кадровим забезпеченням» – органічна складова частина управління системою охорони здоров'я в цілому, підпорядкованою тим самим цілям і спрямованою на їх досягнення завдяки конкретній діяльності медичного персоналу; безперервний динамічний процес управління людськими ресурсами, метою якого є оптимальна розстановка і використання сил на основі більш довершеного планування, розподілу кадрів, підбору, удосконалення, мотивації та регулярного об'єктивного контролю та оцінки праці [66]; встановлення відносин між суб'єктом й об'єктом управління, спрямованих на забезпечення оптимального кількісно-якісного кадрового складу, організацію професійного та соціального розвитку персоналу, досягнення раціонального ступеня мобільності та ефективного використання його можливостей у процесі діяльності публічних організацій [39].

Мета управління кадровим забезпеченням має циклічний характер і полягає в безперервному пошуку шляхів, що сприяє підвищенню продуктивності праці, що досягається завдяки впровадження прогресивних форм організації праці і раціональнішого використання наявних трудових ресурсів.

Фундаментальним у процесі визначення потреби в персоналі в системі охорони здоров'я є:

- знання про поточну ситуацію стану робочої сили;
- оцінювання поточного попиту й доступності медичного персоналу;
- визначення майбутніх потреб для вирішення конкретних завдань МОЗ, яке займається загальним плануванням на національному рівні [66].

В основі роботи з персоналом необхідно враховувати такі вимоги:

- створення умов для реалізації прав людини;

- повага індивідуальності й цілісності кожної людини шляхом заохочення високої продуктивності праці;
- створення та підтримання атмосфери пошуку, творчості, активності у здійсненні управлінських рішень;
- відповідальність за навчання, перепідготовку й підвищення кваліфікації персоналу;
- створення умов для розвитку творчих здібностей;
- заохочення випадків прийняття на себе відповідальності в складних ситуаціях;
- комплексна експертиза діяльності: як по процесу, так і по результату;
- підтримання відповідальності за якість роботи і долю організації;
- впровадження справедливої системи оплати праці, просування по службі [9; 15; 46].

Управління кадрами здійснюється у тісно взаємопов'язаних напрямках:

- 1) формування кадрового потенціалу;
- 2) активного використання кадрового потенціалу [45].

Для формування ефективної моделі управління кадровим забезпеченням закладу охорони здоров'я, його керівнику необхідно:

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

- оцінити забезпеченість організації медичними кадрами відповідно до нормативів;

- визначити пріоритети діяльності медичної організації в умовах економічної кризи, розробити програми мотивації працівників [66].

Щодо професійних знань керівників лікувально-профілактичних закладів, то відповідно до вимог керівник повинен знати:

- чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління й закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство;

- директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; соціально-демографічну характеристику регіону і показники стану здоров'я населення;

- основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної та соціальної психології;

- організацію економічної діяльності закладів охорони здоров'я;

- документи, що визначають потужність, структуру, штатний розклад закладу, укомплектованість підрозділів і потребу в кадрах;

- нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, обробки медичної статистичної інформації;

- потреби в медичній техніці, обладнанні, медикаментах;

- специфіку менеджменту і маркетингу в сфері охорони здоров'я [16].

Отож, кадрове забезпечення є важливою складовою розвитку ресурсного потенціалу закладів охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### **2.1 Механізми реалізації державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я**

Передусім слід зазначити, що механізми управління – певне знаряддя для здійснення цілеспрямованих перетворень; сукупність способів, методів, важелів, через які суб'єкт управління впливає на об'єкт управління для досягнення певної мети [30].

Серед елементів механізму реалізації державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я прийнято виділяти [23]:

- суб'єкти (ініціатори) – рушійна сила, що усвідомлено запускає в дію механізми реалізації структурної політики;
- об'єкти – суб'єкти, результати, процеси та/або явища, на які поширюється вплив структурної політики [30]; елементи структури моделі, на які спрямований вплив його функцій; заклади охорони здоров'я [23; 72], медичні кадри, лікарські засоби та основні фонди, а також фінансові ресурси [23]; фізичні особи-підприємці, органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, які здійснюють управління ними, пацієнти та медичні працівники [72]; здоров'я населення та його стан; службові зв'язки між суб'єктами зазначених відносин, відносини між пацієнтом і працівником сфери охорони здоров'я, професійний рівень медичного персоналу тощо [23];
- рівні – масштаб впливу структурної політики;
- функції – відносно відокремлені сфери управлінської діяльності [30];
- принципи – керівні правила, основні положення, норми поведінки, що відбивають найбільш загальні стійкі риси законів і закономірностей управління, яких необхідно дотримуватися в управлінській діяльності [12] – паритетності,



об'єктивності, прозорості, системності, комплексності, узгодженості інтересів, ефективності управління, пріоритетності та стимулювання персоналу [39]; наукова обґрунтованість і комплексність в роботі з персоналом, з урахуванням всіх факторів впливу; систематичне оновлення ротації персоналу органів місцевого самоврядування, його якісне зміцнення; оптимальність при виборі найбільш раціонального варіанту формування системи управління персоналом для конкретних умов; перспективність з урахуванням прогнозу формування й розвитку персоналу на найближче п'ятиріччя і з урахуванням соціально-економічного розвитку території, в т.ч. змін змісту й характеру праці; стійкість системи управління персоналом до змін зовнішнього середовища й відповідність її стану; безперервність в управлінні персоналом і оперативність при прийнятті рішень з удосконалення процесів; законність, що заснована на правовому й соціальному захисті персоналу, дотриманні нормативно-правових вимог, технологій і процедур у вирішенні кадрових питань; економічність і ефективність функціонування системи управління персоналом [40];

– закони (централізація управління, децентралізація управління, оптимальне поєднання централізації та децентралізації управління та економія часу в управлінні) [39];

– мета – підготовка необхідних кваліфікованих працівників, забезпечення ними закладів охорони здоров'я, виконання цими медичними працівниками відповідних завдань [66];

– цілі – програмовані майбутні результати структурної політики;

– методи – інструментарій, способи й технології досягнення поставленої мети [30]; сукупність способів, прийомів, інструментів, за допомогою яких держава виконує свої регулюючі функції і досягає поставлених цілей [23] – їх перелік і пріоритетність яких обумовлюються специфікою нагальної проблеми та доступними ресурсами, які можна залучити для її вирішення [63];

– засоби – сукупність видів і джерел ресурсів, застосовуваних для досягнення цілі [30];

– функціональні процеси в управлінні персоналом (аналіз кадрових процесів та їх планування; підбір та відбір персоналу; адаптація персоналу; оцінювання та контроль дій персоналу; мотивація та стимулювання персоналу; розвиток персоналу, підвищення його професійно-кваліфікаційного рівня; трудові відносини, якість життя, умови праці) [39];

– управлінські технології, які складаються із: кваліфікованої підготовки кадрів з управління охороною здоров'я [5].

Стандартизація медичних послуг, регламентуючи лікувально-діагностичний процес надання медичної допомоги, включає перелік чітко визначених процедур, серед яких: застосування стандартів надання медичної допомоги [91], атестація та сертифікація медичного персоналу [88].

Організаційні механізми державного управління щодо реформування охорони здоров'я – реформування кадрової політики у сфері охорони здоров'я (запровадження механізмів державного замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів відповідно до потреб сфери охорони здоров'я; забезпечення механізмів соціального захисту медичних працівників; підготовка менеджерів сфери охорони здоров'я з метою формування керівного складу галузі) [26].

Кожний конкретний механізм управління – насамперед сукупність взаємопов'язаних методів і засобів управління [30].

Адміністративні методи ґрунтуються на результативному використанні впливу, влади та лідерства. За допомогою таких форм прояву адміністративних методів, як: обов'язковий припис (наказ, заборона), договірні методи (консультація, дозвіл компромісу), рекомендації, побажання (порада, роз'яснення, пропозиція), вирішуються задачі стабілізуючого та розпорядчого характеру, а також задачі організації роботи колективів. Зазначимо, що використання адміністративних методів передбачає не тільки дисциплінарний вплив на виконавців, але й підходящу йому форму винагороди, що реалізується в межах дії економічних методів.

Основою реалізації економічних методів є матеріальна винагорода за результативну працю, де ключовою формою є заробітна плата. Своєчасність

виплат зарплати, її розмір і характер нерозривно пов'язані з функціональними процесами управління персоналом в публічній організації. Зазначимо, що економічні інтереси створюють складну систему, що враховує інтереси держави, публічної організації та персоналу.

Нормативно-методичне забезпечення формує умови для ефективного процесу підготовки прийняття та реалізації рішень з кадрових питань установи. Воно полягає в здійсненні процесів формування та реалізації методологічних документів, а також в здійсненні нормативної економіки в системі управління людськими ресурсами. Відповідальність за формування нормативно-методичної документації покладається на відповідні структурні підрозділи організації (наприклад, юридичний відділ). Правова підтримка включає наступні пункти: дотримання й застосування норм чинних законів; створення і ратифікація місцевих нормативних і нерегульованих організаційних, адміністративних та інформаційних документів; здійснення заходів щодо зміни існуючого або скасування втрачених нормативних документів, створених в установі, щодо застарілих трудових і кадрових питань. Групи документів юридичної підтримки складаються з наступних актів: централізоване регулювання – Трудовий кодекс, урядові постанови, акти міністерств й інших державних відомств; регіональне регулювання – положення, накази, положення регіональних і місцевих органів влади; місцеве регулювання – положення, накази, розпорядження керівника організації з питань управління персоналом.

Соціально-психологічні методи включають способи впливу на духовні та соціальні потреби людини, специфічні прийоми дії на процес формування і розвитку колективу. Вони відрізняються своєю мотиваційною характеристикою, що визначає напрям дії [39].

Довідник кваліфікаційних характеристик професій призначається для вирішення питань раціонального розподілу праці та правильного використання персоналу згідно з фахом і кваліфікацією, визначення завдань, обов'язків і відповідальності працівників галузі [72]. У розділі «Кваліфікаційні вимоги» визначено освітньо-кваліфікаційний рівень працівника, напрям і спеціальність

підготовки, підвищення кваліфікації, стаж роботи [56]. Лікарі, які не працюють понад три роки за конкретною лікарською спеціальністю, допускаються до медичної практики після проходження стажування [64].

Державне сприяння професійній адаптації молодих фахівців передбачає запровадження системи правових, організаційних, регулятивно-контролюючих й адміністративних заходів держави, спрямованих на створення сприятливих умов для професійної адаптації молодих фахівців до трудової діяльності та їх підтримку [27].

При розгляді системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я треба враховувати ряд характеристик, притаманних системі управління у сфері охорони здоров'я, які будуть безпосередньо впливати на здійснення тих чи інших функцій у сфері управління персоналом:

- 1) монополізм відомства;
- 2) бюрократизм в управлінні, в т.ч. поділ праці; 3) сувора ієрархічна структура;
- 4) професійні забобони, наприклад, небажання фахівців-медиків визнавати роль інших працівників у цій сфері – економістів, юристів, менеджерів по персоналу в т.ч.;
- 5) жорстка спеціалізація;
- 6) суворе підпорядкування і точне виконання розпоряджень керівництва;
- 7) спрямованість організації, перш за все, на споживачів та ін. [66].

Атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій проводиться за бажанням лікаря. Лікарі, які протягом року після закінчення 5-річного строку з моменту попередньої атестації не виявили бажання і не подали документи на чергову атестацію, та лікарі, яким за рішенням атестаційної комісії відмовлено у присвоєнні (підтвердженні) другої кваліфікаційної категорії, підлягають атестації на визначення знань і практичних навиків з підтвердженням звання «лікар-спеціаліст» після проходження стажування.

Від атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії звільняються вагітні жінки та особи, що знаходяться у відпустці по догляду за дитиною,

згідно з чинним законодавством. Термін їх чергової атестації відповідно переноситься. При цьому суб'єкт господарювання повинен подати клопотання до атестаційної комісії про продовження терміну дії кваліфікаційної категорії на період відпустки по догляду за дитиною. Наказом затверджується таке рішення, копію наказу або витяг з нього лікар подає до відділу кадрів. Тільки тоді лікар має право стати до роботи. При простроченому терміні дії сертифікату лікаря направляє суб'єкт господарювання на курси стажування з подальшим отриманням сертифіката лікаря-спеціаліста [72].

Система атестації медичних працівників, яка діяла до 2019 р. [63] передбачала, що лікар за рік до атестації (яка проводилася один раз на 5 років) повинен пройти обов'язкові 4-тижневі курси, «предатестаційний цикл, а в період між ними міг практично не брати участь у освітніх заходах. Відсутність чітких вимог до збалансованості освітніх навантажень призводило до того, що три роки після атестації були часом «відпочинку» від професійного вдосконалення. Слід також відмітити, що навчання медичних працівників проводилося в чітко визначених МОЗ закладах – 3 державних академіях післядипломної освіти і 14 факультетах післядипломної освіти. Відсутність конкуренції на ринку освітніх послуг не стимулювала провайдерів освітніх послуг до осучаснення змісту навчальних програм. Починаючи з 2019 р. [14; 58] медичні працівники повинні проходити навчання щорічно. Це дозволить їм бути конкурентними й отримувати нові навички відразу після появи цих технологій і практик на ринку [41].

Безперервне навчання фахівців сфери охорони здоров'я для українських лікарів такий компонент почав діяти з 2019 р. Правовою підставою його запровадження стали постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 302 [58] і наказ МОЗ від 22.02.2019 р. № 446 [13]. Відповідно до «Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» [2] БПР фахівців у сфері охорони здоров'я – це безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти

в інтернатурі, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього періоду професійної діяльності.

БПР включає участь у процесі формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я. При чому неформальну освіту законодавець тлумачить як діяльність з підвищення власних знань і вмінь, яка провадиться за освітніми програмами та не передбачає присудження визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися присвоєнням професійних та/або присудженням часткових освітніх кваліфікацій. А інформальну як самоорганізоване здобуття фахівцями у сфері охорони здоров'я професійних компетентностей під час повсякденної діяльності, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю. Щодо формальної освіти, то до неї віднесено інтернатуру, резидентуру, аспірантуру, докторантуру, цикли спеціалізації з присвоєнням кваліфікації лікар-фахівець (сертифікат/диплом).

Законодавцем також визначено форми БПР. До них він відносить: участь у тематичних школах, семінарах, науково-практичних конференціях, конгресах, симпозіумах, з'їздах, у симуляційних тренінгах, майстер-класах, курсах з оволодіння практичними навичками, медичне стажування за межами закладу, де працює фахівець, дистанційне навчання, у т.ч. з використанням електронних навчальних ресурсів, навчання на циклах тематичного удосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти тощо (абз. 5 п. 4) [58].

За проходження безперервного професійного розвитку нараховуються бали безперервного професійного розвитку, які підлягають обліку, що ведеться працівником (шляхом створення та ведення особистого освітнього портфолію) і роботодавцем. Бали безперервного професійного розвитку, які здобувач освіти отримав протягом безперервного професійного розвитку, підлягають щорічній перевірці органом, при якому утворено відповідну атестаційну комісію, на відповідність порядку та критеріям нарахування балів безперервного професійного розвитку, які встановлюються МОЗ. Кількість балів за різні види освітньої діяльності у процесі безперервного професійного розвитку

визначається й затверджується МОЗ і використовується здобувачами освіти для формування індивідуальної освітньої траєкторії.

За новим порядком лікар вже не подаватиме звіт про професійну діяльність за останні 3 роки. Замість 20 сторінок статистичних показників лікарі повинні подавати індивідуальне освітнє портфоліо всього на одну сторінку. Співбесіду з атестаційною комісією також скасовано. Тож МОЗ таким чином мінімізує бюрократичні вимоги та корупційні ризики.

МОЗ пролонгувало можливість набирати понад 15 балів БПР за дистанційною формою навчання протягом карантину, установленого КМУ з метою запобігання поширенню на території України COVID-19. Окрім того, у 2022 р. лікарі первинки зможуть отримати 50 балів БПР за пацієнтів, яких щепили у 2021 р. Для цього повний курс вакцинації від COVID-19 повинні пройти понад 80 % пацієнтів, які підлягають вакцинації і з якими лікар уклав декларацію, станом на 31.12.2021 р. Атестаційна комісія нарахує бали на підставі довідки, наданої керівником КНП, де працює лікар.

У розділі I нового Порядку атестації законодавці уточнили, що існує два види атестації лікарів:

- атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестуватися на визначення знань і практичних навичок із присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст» більше не можна. МОЗ виключило відповідний розділ із Порядку атестації. Немає в оновленому документі й додатка із сертифікатом лікаря-спеціаліста.

Натомість оновлений Порядок атестації містить окремий розділ про відновлення медичної практики для лікарів:

- які своєчасно не пройшли атестацію на кваліфікаційну категорію;
- яким відмовлено в атестації на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії;
- які не працювали понад три роки за лікарською спеціальністю.

Неатестовані лікарі проходять стажування або курси спеціалізації в закладах післядипломної освіти або інститутах (факультетах) післядипломної освіти закладів вищої освіти за направленням із місця роботи. Навчання триватиме від одного до шести місяців. Його строк залежить від результатів тестування, яке лікар муситиме скласти не пізніше як за 14 календарних днів до початку стажування.

На період стажування ЗОЗ:

- зараховує лікаря на посаду лікаря-стажиста;
- виплачує заробітну плату в розмірі посадового окладу лікаря-інтерна;
- забезпечує лікарів з інших населених пунктів гуртожитком, виплачує вартість проїзду до місця стажування і назад, добові за час перебування у дорозі.

Після навчання лікар отримає відповідний сертифікат або посвідчення. Цей документ і слугуватиме підставою для відновлення медичної практики за конкретною лікарською спеціальністю.

До стажу роботи за спеціальністю для атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії відтепер зараховуватимуть періоди навчання в докторантурі й аспірантурі за цією спеціальністю. Раніше сюди входив також період навчання в інтернатурі та клінічній ординатурі. Не зараховуватимуть навчання в інтернатурі та ординатурі й лікарям, які планують атестуватися за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я».

Лікарі, які не мають трудової книжки, можуть подати до атестаційної комісії витяг з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування. Інформацію про види діяльності, за які лікарі отримують бали БПР, можна включити до кількох особистих освітніх портфоліо. Для цього види діяльності мають відповідати кожній зі спеціальностей лікаря, для яких створюється портфоліо.

Законодавці уточнили, що за освітні заходи з питань медичної етики, деонтології, цифрових та комунікаційних навичок та інші освітні заходи, які не стосуються відповідної лікарської спеціальності (або спеціальностей), але є



частиною кваліфікаційних вимог, лікар отримає максимум 8 балів. Для атестації цих лікарів достатньо балів БПР за підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення двічі на п'ять років.

Окрім того, відтепер лікар має право не обліковувати бали або облікувати менше 50 балів на рік, якщо у відповідний річний період у нього були на це об'єктивні поважні причини, підтверджені документально у встановленому законодавством порядку. Приміром, стан здоров'я лікаря, надзвичайні ситуації природного і техногенного характеру, військові дії тощо. Рішення про врахування балів ухвалює атестаційна комісія і зазначає про це в атестаційному листку. Раніше в таких випадках лікарю могли зарахувати бали за інші роки періоду між атестаціями, якщо у такі роки він набрав більше мінімальної кількості балів.

Як і раніше, особисте освітнє портфоліо з результатами проходження БПР лікар створює сам. Він і підраховує бали, а засвідчує керівник КНП за місцем роботи у період, за який ці бали обліковують. У новій редакції МОЗ уточнило, що портфоліо лікарів, які припинили медичну практику і не працевлаштувалися у поточному році, засвідчує керівник КНП за останнім місцем роботи.

Отже, завдяки введенню БПР переваги матимуть медичні працівники у вигляді свободи у виборі теми, форми навчання; спрощеної процедури атестації; можливості інтегруватися у світову медичну громадськість через відвідування акредитованих міжнародними організаціями заходів БПР в Україні та за її межами. Для пацієнтів такі переваги полягатимуть в отриманні медичних послуг від кваліфікованого і компетентного лікаря, який щорічно вдосконалює медичні навички та знання. Переваги для провайдерів освітніх послуг – це можливість запропонувати якісно новий рівень освітнього контенту для лікарів, а також відсутність монополії на ринку професійного вдосконалення і розвиток вільної конкуренції [41].

Наразі в Україні існують проблеми з фінансування БПР. Раніше держава виділяла кошти на утримання факультетів і закладів післядипломної освіти лікарів. У зв'язку з проведенням медичної реформи (у тому числі зміни

підходів до атестації медичних працівників [14; 58] змінюється й модель фінансування БПР. Це означає, що кошти виділятимуться не на утримання закладів післядипломної освіти, а на фінансування освітніх заходів, які є популярними і затребуваними у лікарів і які реально впливають на покращення їхньої індивідуальної медичної практики [41].

Отож, сформована сукупність механізмів реалізації відповідної державної політики дозволить покращити кадрове забезпечення вітчизняної сфери охорони здоров'я.

## **2.2 Проблеми зі забезпеченням вітчизняної сфери охорони здоров'я кваліфікованими кадрами**

Медичні кадри виступають стратегічним капіталом держави, адже велика кількість капіталовкладень у світову сферу охорони здоров'я спрямовуються саме на її кадрове забезпечення. Звичайно лікар повинен відігравати центральну роль у сфері охорони здоров'я, особливо в частині досягнення якості та ефективності надання медичних послуг. Для виконання цієї ролі він повинен володіти високим ступенем компетентності у питаннях надання медичної допомоги пацієнтам. Особливо прискіпливо компетентність і професіоналізм лікарів розглядається при ліцензуванні господарської діяльності з медичної практики [72]. Проте на практиці існує ряд проблем.

Наявність достатньої кількості проблем в управлінні персоналом в публічних організаціях, де найбільш актуальними та невирішеними є такі:

– відсутність єдиної та зрозумілої системи оцінки якості та ефективності кадрової роботи. Це призводить не тільки до зниження рівня управління цією сферою, адже атестація і контроль персоналу носять формальний характер, зіставлення результатів діяльності фахівців переважно ускладнене, але й до появи незацікавленості персоналу в результатах власної діяльності та виникнення корупції на різних рівнях управління;

– недостатня кількість кваліфікованих фахівців через невисоку престижність праці та низький рівень заробітних плат, що не відповідає складності роботи та емоційної напруги, та відштовхує випускників від бюджетних організацій;

– недостатній рівень мотивації персоналу через неможливість використання фінансових інструментів (підвищення заробітної плати, премії); більшість керівників не має фінансової можливості для матеріального стимулювання персоналу, що враховуючи низький рівень зарплат демотивує персонал і не сприяє якісному трудовому процесу. Такі тенденції підтверджують відсутність орієнтації персоналу на якісний результат професійної діяльності [39].

Наявні кваліфікаційні характеристики керівників не повною мірою відповідають вимогам сьогодення, враховуючи функціонування сфері охорони здоров'я і медичних закладів у нових, ринкових умовах господарювання. Разом з цим набуття закладами більшої автономії та певної самостійності, про що йдеться останнім часом в ініціативах різних дорадчих органів, однозначно поставить питання про кардинальний перегляд кваліфікаційних характеристик керівників лікувально-профілактичних закладів [69].

На практиці існує проблема невідповідності управлінського персоналу до використання інноваційних підходів і методів управління, спрямованих на пошук та освоєння перспективних ринкових ніш, формування конкурентних позицій медичних організацій. Медичний персонал державного сектору охорони здоров'я не має маркетингового мислення, без якого неможливо набути конкурентних переваг медичних послуг і медичної організації загалом. Невідповідність підготовки фахівців до потреб практичної охорони здоров'я та завдань структурної перебудови цього виду економічної діяльності, недостатня соціальна захищеність медичних працівників призводять до погіршення якості медичної допомоги з усіма наслідками, що випливають звідси.

Неуспішність управлінських рішень у сфері управління кадрами часто зумовлена саме тим, що ті або інші компоненти піддаються змінам без

урахування взаємозалежності й взаємозумовленості всіх компонентів моделі. Діяльність керівного складу медичної організації має бути націлена на розробку концепції, стратегій кадрової політики й методів управління людськими ресурсами. Активна роль кадрової політики, на відміну від пасивної та превентивної, дасть можливість розробити ефективні цільові кадрові програми, здійснити їх корекцію на основі постійного моніторингу ситуації, що складається на той чи інший проміжок часу [66].

Нині в Україні діє декілька півтора-дворічних навчальних програм для підготовки управлінців для сфери охорони здоров'я:

- 1) для державних службовців;
- 2) для соціо-гуманітарної сфери;
- 3) для сфери охорони здоров'я півторарічна програма для керівників закладів третинного рівня, що розроблена за допомогою фахівців ЄС.

Тільки в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Шупика пройшло чотири випуски із загальною кількістю 70 осіб, але із них працює на посадах третинного рівня менше половини, оскільки на даний час ще не розроблено потрібних кваліфікаційних вимог. Поки не створені освітні стандарти, треба терміново ввести доповнення до кваліфікаційної характеристики відповідного керівника, інакше ці спеціалісти будуть не потрібними. Що ж стосується проходження спеціалізації з основ управління охороною здоров'я лікарями медичних закладів первинного рівня та з метою реалізації права займатися приватною лікарською практикою, то для цього достатньо існуючої двомісячної спеціалізації [4]. Лишається складним питання підготовки за іншими понад 60-ма спеціальностями, котрих немає ні в інтернатурі, ні в резидентурі. Частина з них є необхідною для системи охорони здоров'я, наприклад: ультразвукова діагностика (надалі – УЗД), дієтологія, ендоскопія тощо. За цими спеціальностями можуть продовжувати готувати фахівців на циклах спеціалізації або в перспективі – в резидентурі. Частина спеціальностей, таких як лікар із суднової медицини, лікар із авіаційної і космічної медицини, можна скоротити.

Наявна система атестації лікарів і медичних сестер для підтвердження їх професійної кваліфікації є неефективною та непрозорою, що як наслідок, призводить до низької якості медичної допомоги, низького рівня довіри населення до медичних працівників і системи охорони здоров'я в цілому.

Ще одним проблемним напрямом є кадрове питання: в Україні 2/3 усіх лікарів працює лише за 16 базовими спеціальностями – як правило, на I і II рівнях медичної допомоги. Разом з тим, тільки третина лікарів працює за рештою 111-ма вузькими спеціальностями, тому пропонується залишити в інтернатурі лише основні спеціалізації. Для спеціальностей з медицини та педіатрії їх 12: акушерство та гінекологія; анестезіологія; внутрішні хвороби; хірургія; медицина невідкладних станів; патологічна анатомія; психіатрія; фтизіатрія; судово-медична експертиза; загальна практика – сімейна медицина; педіатрія; дитяча хірургія. За МОЗ може бути закріплена функція визначення квот по кожній із цих спеціалізацій та розподілу їх між ВМНЗ. Вступ до інтернатури повинен бути конкурсним, для забезпечення рівних прав і для тих, хто навчається за бюджетні кошти, і тих, хто навчається за кошти юридичних і фізичних осіб. Вибір професії для спеціалізації в інтернатурі за бюджетні кошти повинен залежати від якості навчання і відповідної перемоги у конкурсі ВМНЗ. Крім того, випускники дво-трирічної інтернатури можуть повністю забезпечити I і II рівні надання медичної допомоги [72].

Проблемою є й те, що в Україні законодавчо введена резидентура, але цей вид навчання ще не реалізований. В країнах ЄС резидентура триває до 5 років. Така модель для України не нова, оскільки за схожими принципами побудована клінічна ординатура, яка зарекомендувала себе на високому рівні й користується широким попитом, у т.ч. серед іноземців. Саме клінічна ординатура може стати прообразом резидентури як форми індивідуалізованої, штучної підготовки фахівця з персональною відповідальністю за якість. Близько 25 % лікарів після інтернатури можуть за електронним конкурсом вступити до ВМНЗ у резидентуру. Повинен бути реалізований прозорий та справедливий вступ на виділені МОЗ бюджетні місця по кожній із

47 високотехнологічних спеціальностей. Очікується, що випускники дворічного навчання в резидентурі разом із випускниками інтернатури забезпечать надання до 95 % всіх видів медичної допомоги в країні [4].

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 вакантну посаду [66].

Дефіцит кадрових ресурсів в сфері охорони здоров'я є загально визнаною загрозою для досягнення пов'язаних зі здоров'ям цілей розвитку галузі. Тому спроби оптимізувати потенціал працівників охорони здоров'я має вирішальне значення. Більш раціональний розподіл завдань та обов'язків між кадрами медичних працівників розглядається в якості перспективної стратегії поліпшення доступу та підвищення ефективності витрат в рамках системи охорони здоров'я. Наприклад, доступ до медичної допомоги може бути розширено шляхом навчання та підключення медичних працівників середньої ланки і непрофесійних працівників охорони здоров'я до виконання певних процедур, які в іншому випадку виконують тільки працівники, що мають більш тривалу (а іноді й більш спеціалізовану) підготовку. Такі стратегії перерозподілу обов'язків можуть бути особливо привабливими для нашої країни, оскільки на сьогодні не вистачає коштів для поліпшення доступу до медичної допомоги в короткостроковій перспективі [26].

Основними факторами проблеми професійної підготовки медиків є:

1. Інтернатура перестала бути власне інтернатурою, тобто формою підготовки лікарів лише за базовими спеціальностями. З учорашніх випускників готуються зразу нейрохірурги, урологи, клінічні онкологи й інші вузькі спеціалісти.

2. Порушується принцип справедливості у виборі професії для усіх випускників вищих медичних навчальних закладів (надалі – ВМНЗ). Одна категорія випускників – «бюджетні студенти» – навчаються в інтернатурі здебільшого на сімейного лікаря, терапевта, патологоанатома і на інші

непрестижні професії. Друга ж категорія випускників, «студенти контрактної форми навчання», у т.ч. далеко не з кращими результатами навчання, проходять інтернатуру за більш престижними спеціальностями й стають дерматологами, акушерами-гінекологами, урологами. Це призводить до збільшення кількості лікарів вказаних спеціальностей, що викликає небажаний тиск на ринок праці.

3. Тривалість та якість підготовки лікаря не відповідають сучасним європейським вимогам. Для якісної підготовки лікарів необхідно забезпечити відповідні умови, але це дуже ресурсомістка система. Прагнення багатьох ВНЗ зробити модерні симуляційні навчальні комплекси не виключають необхідності працювати у клініках. На Заході це, як правило, університетські та муніципальні лікарні, які спільно з кафедрами готують кадри. В Україні виконання загальнодержавної функції, завдання національної безпеки, фактично блокується фінансовими органами та місцевими адміністраціями. Ініціюються десятки судових процесів, примушуючи ВНЗ перейти виключно на умови оренди, а не на співпрацю за нормами Господарського і Цивільного кодексів. А там, де ще вдається співпрацювати, допуск клініцистів кафедр до хворих є обмеженим [4].

Також не варто нехтувати й проблемами, що притаманні вітчизняній сфери охорони здоров'я загалом:

- якість і ефективність надання послуг, обмежений доступ до цих послуг окремих груп населення;
- оплата витрат за отримання медичних послуг переважно самим пацієнтом;
- фінансова неспроможність населення придбати лікарські засоби;
- низька мотивація медичного персоналу;
- необґрунтованість державного планування; неефективність використання бюджетних коштів [71];
- правові засади функціонування охорони здоров'я, які не ґрунтуються на кращих світових практиках функціонування та розвитку систем охорони здоров'я;

– монополізацію та бюрократизацію управління, яке не забезпечує лідерства, адекватного реагування на потреби людини й суспільства, що динамічно змінюються, врахування ризиків і використання наявного потенціалу;

– нерозвинені механізми міжсекторальної координації і взаємодії в інтересах здоров'я населення, що зумовлено інституційною та функціональною нерозвиненістю системи громадської охорони здоров'я;

– архаїчне інформаційно-аналітичне забезпечення, яке використовує переважно паперові носії інформації, що унеможлиблює комплексний моніторинг та оцінку здоров'я населення і ресурсів системи охорони здоров'я України з метою ефективного оперативного управління та стратегічного планування;

– віддалену від нагальних і стратегічних потреб галузі систему науково-методичного забезпечення діяльності й розвитку системи охорони здоров'я;

– неефективну систему кадрового забезпечення, яка не відповідає потребам галузі у відновленні та підвищенні кадрового потенціалу системи охорони здоров'я в його кількісному та якісному аспектах, характеризується нівелювання етичних засад у професійному медичному середовищі через неможливість адекватно захищати права пацієнтів;

– нераціональну структуру охорони здоров'я, яка характеризується низькою доступністю та якістю необхідних населенню послуг передусім через диспропорційний і некомплексний розвиток елементів, що забезпечують затратні втручання, і через слабкість і нерозвиненість складових, спрямованих на зміцнення здоров'я та профілактику, відновлення здоров'я;

– низьку доступність лікарських засобів і медичних виробів, що зумовлює нівелювання вторинної профілактики захворювань і надмірну потребу в стаціонарному лікуванні через ускладнення хронічних захворювань, яким можна запобігти [87];

– зниження якості державного управління системою охорони здоров'я;

– незбалансованість ресурсів і обсягів допомоги;



- посилення структурних диспропорцій у сфері надання медичних послуг у бік дорогих її видів;
- відсутність механізмів зацікавленості виконавців у результаті та якості праці;
- екстенсивний шлях розвитку галузі в умовах гострого дефіциту фінансових ресурсів;
- виникнення соціальної напруги у суспільстві, зумовленої зниженням доступності медичної допомоги, низькою якістю її надання, зростанням платних послуг [18];
- низька мотивація керівників, працівників і страхових компаній щодо забезпечення інтересів громадян [78];
- значна відмінність у доступності та якості медичної допомоги між державним, регіональним, обласним, районним і сільським рівнем охорони здоров'я, а також для багатих і бідних верств населення;
- непрофесійна кадрова політика, яка супроводжується дефіцитом кадрів первинної ланки та кваліфікованих кадрів вищого сегменту медичної вертикалі й відсутність належного професійного саморегулювання;
- відсутність єдиного інформаційного простору (реєстру застрахованих, хворих, ліків, телемедицини [81];
- заполітизованість питання реформування охорони здоров'я (кожна політична сила в Україні приходила до влади зі своєю стратегією реформування);
- відсутність єдиної політичної волі щодо напрямку шляхів реформування;
- відсутність спадковості й послідовності в реалізації реформ [1].

Отож, без вирішення нагальних проблеми зі забезпеченням вітчизняної сфери охорони здоров'я загалом і кваліфікованими кадрами, зокрема, неможливо розраховувати на докорінне покращення ситуації в цій сфері національної економіки.

## РОЗДІЛ 3

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ

#### **3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку сфери охорони здоров'я**

На основі узагальнення світового досвіду виділено два підходи щодо розвитку системи управління охороною здоров'я: підвищення ефективності національних систем охорони здоров'я у поєднанні з механізмами стимулювання суспільних витрат на охорону здоров'я – концепція «доброго управління»; збільшення державних витрат на охорону здоров'я. Зазначається, що в європейських країнах останнім часом переглядаються погляди на роль держави в охороні здоров'я. У більшості країн реформуються системи охорони здоров'я за принципами солідарності, загальнодоступності надання медичної допомоги, фінансування охорони здоров'я [76].

Вивчення європейського досвіду функціонування систем охорони здоров'я дає можливість запропонувати шляхи реформування вітчизняної медицини. Для покращення функціонування системи охорони здоров'я України доцільно органам державного управління поширювати превентивні заходи у медицині; контролювати дотримання прав пацієнтів; сприяти розширенню ролі громадськості у визначенні напрямів розвитку системи охорони здоров'я (шляхом анкетування і соціологічних опитувань); контролювати та збільшувати обсяги фінансування медицини та ефективного використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів; сприяти переходу закладів охорони здоров'я на нові стандарти управлінського та бухгалтерського обліку. Заходи економічного характеру повинні включати зміну статусу організацій, що надають медичну допомогу; зміну порядку фінансування цих закладів і запровадження договірних взаємовідносин між пацієнтами та фізичними

особами, що надають медичні послуги; встановлення єдиних уніфікованих підходів до визначення вартості медичних послуг та єдиних тарифів на них. Важливим кроком у налагодженні надання медичної допомоги населенню України є запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, яке б гарантувало отримання мінімального рівня медичних послуг застрахованим особам; пропагування та стимулювання розвитку приватного добровільного медичного страхування для забезпечення додаткового рівня, вищого, ніж гарантований обов'язковим медичним страхуванням. Це допоможе змінити ставлення пацієнтів до свого здоров'я, підкреслить значення профілактики захворювань, сприятиме формуванню конкурентних стосунків між страховими компаніями та закладами охорони здоров'я і дозволить підвищити якість та доступність медичної допомоги [44].

Кожна держава має власну національну систему охорони здоров'я, а відтак володіє регламентованою методологією управління якістю у сфері охорони здоров'я, постає доцільність конкретизації єдиних організаційних завдань, задля забезпечення управління якістю медичної допомоги. До таких організаційних завдань, базуючись на аналізі міжнародного досвіду, експерти ВООЗ відносять:

- міжвідомчу взаємодію структур управління, лікувально-профілактичних закладів і закладів системи медичного страхування, медичних асоціацій, громадських організацій пацієнтів [86];

- розроблення єдиної методики внутрішньої та зовнішньої експертизи якості медичної допомоги, показників якості медичної допомоги та методів оцінки цих показників [83];

- розробку та впровадження системи мотивації та економічних механізмів стимулювання медичних працівників залежно від обсягу зробленої роботи, якості та результатів надання медичної допомоги [85];

- розробку й впровадження системи моніторингу якості медичної допомоги, спрямованої на збір інформації з наступним аналізом і прийняттям управлінських рішень щодо вдосконалення довгострокового планування [89];

- розвиток системи стандартизації, ліцензування, сертифікації, акредитації у сфері охорони здоров'я [84];
- скорочення нерівності по відношенню до здоров'я у межах країни та між державами регіону;
- стратегічне керівництво охороною здоров'я з метою забезпечення відповідальності й дій кожного сектора галузі в інтересах здоров'я людей;
- інвестування в ефективні заходи, що здатні вирішувати проблеми громадського здоров'я у регіоні;
- прогнозування змін і підтримку інновацій [4];
- вживання заходів, спрямованих на стимулювання первинної медико-санітарної допомоги та стримування зростання кількості напрямків пацієнтів до лікарів-спеціалістів;
- встановлення обмежень на виписку дорогих препаратів або призначення дорогого діагностичного дослідження, встановлення норм споживання ліків, ґрунтуючись на узгоджені формулярні списки;
- прийняття нормативних актів, які передбачають обмеження на виписку більш дорогих ліків з товарною маркою та стимуляція використання лікарських засобів загального класу;
- будівництво та модернізація лікарень, засноване на державному плані розвитку стаціонарного сектора;
- підвищення вимоги до структури ліжкового фонду, при якому його частина повинна перепрофілюватися в ліжка для доліковування та реабілітації;
- затвердження органами управління охороною здоров'я інвестиційних планів, при яких та чи інша установа має показати плановану результативність використання дорогої медичної техніки;
- планування стаціонарної допомоги, заснованої на стратегії скорочення лікарняних ліжок з визначенням кордону на кожен рік [23].

Державне управління у більшості країн щодо розвитку сфери охорони здоров'я розглядається як частина соціальної політики та полягає у розробленні загальних принципів управління і контролю органами державної влади та

місцевого самоврядування усієї системи охорони здоров'я, не зважаючи на різноманітність її форм і стану здоров'я населення [49].

Для отримання дозволу на практичну роботу в галузі медицини в США без контролю спостерігача, тобто за межами програми післядипломної підготовки лікарів, всім лікарям – як тим, хто навчався в США, так і міжнародним спеціалістам, необхідно отримати ліцензію від медичної ліцензійної ради штату, де вони планують працювати. Для отримання ліцензії необхідно скласти всі чотири тести Медичного ліцензійного іспиту Сполучених Штатів (USMLE). Студенти і лікарі, що навчалися за межами США, складають такі ж самі тести і оцінюються за тими самими стандартами, що і студенти, що навчалися в лікарських навчальних закладах США. Тести USMLE були створені для оцінювання здібності вирішувати проблеми, а не тільки тренованої пам'яті. USMLE складається з трьох ступенів, що дають можливість оцінити здібність лікаря використовувати широкий спектр знань, концепцій та принципів, пов'язаних з базовими навичками взаємовідносин лікаря і пацієнта.

Перший ступінь (іспит з вибором вірної відповіді) – іспит, що дозволяє оцінити, наскільки вміло лікар, що екзаменується, може використовувати базові наукові концепції в клінічних сценаріях. Іспит складається з 350 тестових питань, на відповідь надається 7 годин + 45 хвилин на перерву.

Другий ступінь (два окремих іспити) – іспит на Клінічні Знання (СК) дозволяє оцінити, чи володіє лікар в достатньому обсязі медичними знаннями та розумінням клінічних наук для того, щоб надавати пацієнтові необхідну допомогу під спостереженням куратора. 370 тестових питань, 8 годин на складання + 45 хвилин на перерву. Основна галузь – внутрішня медицина (мінімум 60 % питань).

Необхідне добре володіння базовими медичними науками.

Іспит на Клінічні Навички (CS) – окремий практичний іспит, що оцінює клінічні й комунікативні навички лікаря, можливості отримати інформацію від стандартизованого пацієнта, провести фізичне обстеження, обговорити результати обстеження з пацієнтом, і виписати відповідний висновок [72].

Одноденний іспит з 12 симуляційними пацієнтами, може складатись тільки в США (Атланта, Чикаго, Х'юстон, Лос-Анджелес та Філадельфія). 25 хвилин на кожного пацієнта (15 хвилин на спілкування з пацієнтом, 10 хвилин на написання клінічного висновку). Оцінюються три параметри:

1. Клінічні навички (ICE).
2. Комунікативні навички, спілкування з пацієнтом.
3. Володіння усною англійською мовою.

Недостатність за одним з параметрів автоматично веде до не складання іспиту в цілому. Оцінювання проводиться стандартизованими пацієнтами за допомогою заготовлених чек-листів. Проводиться відео-фіксація спілкування з пацієнтами, результати підраховуються незалежно для забезпечення об'єктивності.

Третій ступінь (іспит з вибором вірної відповіді) – іспит оцінює можливість лікаря, що екзаменується, використовувати знання біомедичних і клінічних наук, необхідних для практичної роботи в галузі медицини без спостереження куратора, наділяючи особливу увагу веденню пацієнта в амбулаторних умовах. Іспит проходить протягом двох днів (16 годин). 480 тестових питань з декількома варіантами відповідей і 9 комп'ютеризованих клінічних сценаріїв, які оцінюють здатність займатися незалежною медичною практикою та включають складні випадки пацієнтів.

Лікарі з міжнародним медичним ступенем (IMG) повинні отримати сертифікат Освітньої комісії для іноземних лікарів (ECFMG). Іспити першого та другого ступеню можуть бути здані в будь-якій послідовності, але рекомендується послідовність, що наведена вище. Після отримання сертифікату ECFMG лікар має право подавати заяву на посаду у лікарні.

Іспит третього ступеню завжди складають останнім, тому що лікарі з міжнародним медичним ступенем повинні бути сертифіковані ECFMG, щоб мати право складати цей іспит. Деякі штати дозволяють лікарям складати іспит третього ступеню перед отриманням резидентури. Багато лікарів вважають, що складання іспиту підвищує їх шанси на отримання резидентури. Інколи це

правда, але найважливішими факторами щодо отримання резидентури є високі бали, отримані на іспитах першого та другого ступеню. Для того, щоб мати можливість скласти іспити першого й другого ступеня, лікар повинен відповідати наступним вимогам:

1) Бути офіційно зарахованим до навчання чи випускником з медичного навчального закладу США чи Канади, що надають ступінь доктора медицини або доктора остеопатії; або бути офіційно зарахованим чи випускником з медичного навчального закладу за межами США і Канади, що включено до Всесвітнього каталогу Медичних Навчальних Закладів (World Directory of Medical Schools) як такий, що відповідає вимогам ECFMG.

2) Відповідати вимогам ECFMG під час надання заяви та в день іспиту.

Лікар, що був відрахований з навчального закладу, не має права складати іспит. Для того, щоб мати можливість скласти іспит третього ступеня, лікар повинен відповідати наступним вимогам:

1) Мати ступінь доктора медицини (MD) чи еквівалент, наданий акредитованим медичним навчальним закладом США, Канади чи закладом, що включений до Всесвітнього каталогу Медичних Навчальних Закладів (World Directory of Medical Schools) як такий, що відповідає вимогам ECFMG.

2) Успішно скласти іспити першого і другого ступеня.

Один і той самий іспит можна намагатися скласти не більш, ніж три рази протягом 12 місяців. Четверта та подальші спроби можуть бути не раніше, ніж через 12 місяців після першої проби, і не менш, ніж через 6 місяців після останньої. Після успішного складання іспиту перескладання не дозволяються, окрім випадків, коли цього вимагає керівництво USMLE. Не дозволяється складати іспит особам, які вже робили 6 чи більше невдалих спроб скласти цей іспит чи його частину. Цікавим є те, що в окремих штатах існують додаткові вимоги до кандидатів на отримання медичної ліцензії, а також умови ліцензування можуть відрізнятися [72].

Високий рівень оснащення закладів охорони здоров'я, якість і доступність надання медичної допомоги, рівень кваліфікації медичного персоналу

виступають найголовнішими перевагами сфери охорони здоров'я Німеччини. Кандидати на посади лікарів у Німеччині отримують свідоцтво про допущення до лікарської практики, яке називається апробація. Апробація диплому за своєю суттю є отримання повноцінного дозволу на зайняття медичною практикою, дія якого є безстроковою й поширюється на всю територію країни. Апробація може бути скасована лише з дисциплінарних причин. Отримати апробацію можливо лише шляхом здачі медичного державного іспиту (Положення про ліцензування лікарів), який проходить в три етапи:

1) Перший етап (Physicum) відбувається після двох років навчання в медицині, та включає питання з таких предметів як анатомія, біохімія та фізіологія.

2) Другий етап проходить після п'яти років навчання і успішного складення першого іспиту. Це письмовий екзамен з ситуаційними завданнями.

3) Третій етап проходить через один рік після завершення другого етапу, тобто після всіх шести років навчання, у формі практичного іспиту.

Тільки після успішного складання останнього державного екзамену студент-медик стає лікарем й отримує «Vollapprobation» – повноцінний дозвіл на роботу. Окрім цього, існують певні обмеження для складних фахових медичних професій. У зв'язку з цим, багато німецьких лікарів не мають права самостійно оперувати або мати приватну практику – для цього необхідно отримати статус лікаря-спеціаліста (Facharzt). Стати ним можна, наприклад, у хірургії, пропрацювавши певну кількість років у відповідному відділенні і виконавши «операційний каталог», до якого входять основні хірургічні втручання й маніпуляції [50].

Дозвіл на здійснення медичної практики у Австралії видається шляхом отримання свідоцтва про нострифікацію (Nostrifizierungsbescheid). Для отримання нострифікації необхідно подати диплом про вищу освіту та додаток до диплому з інформацією про здані іспитах (залікова книжка, навчальний план), а також дипломна робота або дисертація (в оригіналі) з коротким змістом роботи. Після проходження нострифікації, необхідно подати заяву про прийом



на роботу разом із свідоцтвом про нострифікацію та пакетом необхідних документів в клініку, де лікар планує працювати. Також необхідно лікарський висновок про профпридатність (ärztliches Attest) і довідку з реєстру судимості (Strafregisterbescheinigung). Медичний заклад направляє документи в Австрійську Лікарську палату для реєстрації та подальшої видачі ліцензії. В разі прийняття Австралійською Лікарською палатою позитивного рішення, видається ліцензія терміном на 3 роки. Після отримання ліцензії, необхідно зареєструватися у лікарському реєстрі (Österreichische Ärzteliste) федеральної землі, в якій лікар планує працювати [72].

Безперервне навчання фахівців сфери охорони здоров'я є усталеною і поширеною практикою в розвинутих країнах Європи, Америки та Азії, зокрема у Великобританії, США, Польщі, Чехії, Швеції, Сінгапурі та інших [40].

Безперервний професійний розвиток – це період підтримання та удосконалення професійної компетентності лікарів відповідно до розвитку медичних технологій і науки впродовж усього періоду професійної діяльності лікаря. Безперервний професійний розвиток є професійним обов'язком кожного лікаря, тривалість якого складає 30–40 років. Відповідальність за проведення безперервного професійного розвитку покладається на самого лікаря і професійні асоціації [4; 11]. Організація безперервного професійного розвитку в різних країнах суттєво відрізняється і не є дуже жорсткою навіть там, де лімітується підтвердженням права лікаря на продовження медичної практики один раз на 5–7 років [4].

Згідно з планом «Затверджених умов практики» (APS) лікарі, що вперше отримують повну реєстрацію, та лікарі, що відновлюють реєстрацію після довгої перерви, зобов'язані працювати під відповідним спостереженням для оцінки їхньої роботи. Лікарі не обмежені у виборі місця роботи тільки призначеною структурою і можуть працювати у будь-якій організації за умовою постійного зв'язку з призначеною структурою. Для отримання реєстрації та ліцензії на роботу лікар повинен підтвердити наявність задовільної первинної медичної спеціалізації в області алопатичної медицини

(тобто традиційної західної медицини), що відповідає сьогоденним вимогам GMC. У деяких випадках GMC також може розглядати кваліфікацію, що відсутня в міжнародних медичних класифікаціях, якщо вона була надана в країні, що не визнається ООН, або організацією, яка припинила своє існування чи надання медичної освіти, у випадку, якщо інші критерії спеціалізації задовольняють вимоги GMC. Необхідна також контактна інформація щодо організації, що надала кваліфікацію (за винятком вищевказаних ситуацій), достатня для підтвердження кваліфікації лікаря. Кваліфікація може бути надана тільки після навчання, що займає мінімум 5500 годин протягом мінімального терміну навчання (3–5 років залежно від місця навчання. Не розглядаються випадки, коли більш ніж 50 % навчання проводилось за межами країни, де була надана кваліфікація, за єдиним винятком, якщо організація була переведена до іншої країни, не надаючи учням можливості провести 50 % навчання в країні, де була присвоєна кваліфікація. Не розглядаються також випадки, коли більш ніж 25 % навчання проводилось заочно [72].

Отож, в розвинених країнах світу накопичено чималий позитивний досвід розвитку охорони здоров'я, а також покращання кадрового забезпечення цієї сфери національної економіки. Проте не варто розраховувати, що просте «копіювання» такого досвіду дасть позитивний (тим паче, швидкий та істотний) результат, а тому такий досвід слід зважено адаптувати до реалій України.

### **3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого покращання кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я**

Декларативну роль держави можливо дефрагментувати лише за умови впровадження системної стратегії, яка б включала досягнення світової медичної і медико-соціальної науки та сучасних інноваційних медичних технологій [25]. Запропонована концепція базуватиметься на зміні принципів підходів до державного регулювання цієї сфери та матиме за мету кардинальне підвищення

ефективності держаного регулювання. Вона передбачатиме не лише отримання ліцензії після закінчення навчання, але й зміни в медичній освіті як такій, а також безперервний професійний розвиток медичного працівника, який отримав ліцензію. Медичний працівник матиме можливість формувати власну індивідуальну освітню траєкторію, що реалізується, зокрема, через вільний вибір видів, форм і темпу здобуття освіти, закладів освіти та інших провайдерів заходів БПР, і запропонованих ними освітніх програм, навчальних дисциплін, курсів підвищення кваліфікації та рівня їх складності, методів і засобів навчання. Водночас, для забезпечення якісного проходження БПР, МОЗ встановить мінімальні необхідні вимоги до провайдерів заходів БПР та встановить процедуру акредитації заходів БПР. Мінімальна кількість балів, яка має бути отримана, буде встановлюватися МОЗ.

Найближчим часом БПР здійснюватиметься в рамках системи атестації. Процес запровадження безперервного професійного розвитку розпочався з прийняттям постанови Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я».

Після переходу до системи професійного ліцензування, поновлення дії ліцензії на новий трирічний строк буде можливим лише за умови виконання вимог до проходження БПР й інших вимог, передбачених законом. Пропонується, що отримання документа про здобуття вищої освіти за медичною спеціальністю, успішне складання кваліфікаційного іспиту будуть підставою для видачі тимчасової ліцензії, яка дозволить здійснювати медичну практику виключно під наглядом куратора. Тимчасова ліцензія видаватиметься МОЗ до моменту отримання основної ліцензії. Вичерпний обсяг прав та обов'язків медичного працівника визначатиметься МОЗ. Водночас, розмежування відповідальності медичного працівника з тимчасовою ліцензією та медичного працівника з основною ліцензією буде визначено нормативно-правовими актами. Для отримання основної ліцензії необхідно буде здати ліцензійний іспит.

Вимоги та критерії для отримання тимчасової та основної ліцензії будуть затверджені МОЗ. Основна ліцензія дозволить медичному працівнику займатися професійною діяльністю та обіймати відповідні посади в будь-якому закладі охорони здоров'я після успішного складання ліцензійного іспиту, або здійснювати медичну практику як фізична особа-підприємець, за умови отримання відповідної ліцензії як суб'єкт господарювання з медичної практики. Строк дії ліцензії пропонується встановити 3 роки та після його спливу ліцензію необхідно буде продовжувати на кожні наступні 3 роки. Процедура продовження дії ліцензії відбуватиметься в електронній формі – медичний працівник подаватиме документи щодо підтвердження відповідності вимогам для продовження ліцензії засобами електронного зв'язку. Першочерговою вимогою для продовження ліцензії буде наявність достатньої кількості балів БПР. Окрім балів БПР, під час продовження ліцензії перевірятиметься також історія медичної практики та репутація медичного працівника (в т.ч. результати розгляду скарг на лікаря).

За відсутності проблемних ситуацій у практиці та достатньої кількості балів БПР ліцензія продовжуватиметься автоматично.

Невиконання вимог призводитиме до зупинення дії ліцензії. Медичний працівник не матиме права займатися професійною діяльністю протягом зупинення дії його ліцензії. Пропонується вдосконалити механізм позбавлення права займатися професійною діяльністю в контексті застосування санкції у межах кримінального провадження, а саме визначити, що позбавлення права займатися професійною діяльністю як вид кримінального покарання за вироком суду є підставою для анулювання ліцензії.

Окрім цього, законодавчого уточнення потребуватиме визначення підстав для звільнення медичного працівника із закладу охорони здоров'я внаслідок позбавлення ліцензії та особливостей притягнення до дисциплінарної відповідальності. У випадку анулювання ліцензії особа не зможе обіймати медичні посади в закладах охорони здоров'я чи провадити професійну діяльність як ФОП, водночас, зберігатиметься право особи відповідно до

законодавства на переведення на інші посади, діяльність на яких не потребує медичної ліцензії. Пропонується нарівні закону визначити, що медичний працівник може почати процес поновлення ліцензії лише після закінчення строку, на який його позбавлено права займатися професійною діяльністю. Нормативного регулювання потребують питання ведення обліку осіб, що позбавлені права займатися професійною діяльністю та доступу до інформації про відповідні рішення щодо таких осіб [72].

Для створення ефективної системи стимулювання, насамперед, необхідно розробити критерії ефективності діяльності організації, виходячи з яких, можна визначати індивідуальний внесок кожного працівника у вирішення загальних завдань і відзначати тих, хто заслуговує заохочення. Також слід активно застосовувати матеріальні стимули (звичайно, у межах наявних можливостей), а з нематеріальних віддавати перевагу «особистісним» (грамоти, вдячні листи тощо) [39]. Виокремлено такі засоби, які спрямовані на покращання економічної умотивованості працівників сфери охорони здоров'я:

- урахування об'єктивних чинників розміру й структури заробітної плати працівників: кон'юнктури ринку праці, складності, відповідальності, умов праці, цінності посади, рівня кваліфікації, індивідуальних характеристик працівників, результатів праці, результатів діяльності закладу... [73];

- надання гарантій своєчасної й повної виплати заробітної плати; відшкодування заборгованості з відсотками, які будуть нараховані за прогресивною шкалою залежно від терміну нарахування; у разі тривалої (більше трьох місяців) невивплати заробітної плати притягнення керівників підприємства до адміністративної відповідальності [31];

- накладання санкцій за порушення професійного та дисциплінарного штабу;

- детінізація доходів медичних працівників [36], з одночасним створенням умов для отримання ними легальних доходів;

- відшкодування витрат/втрат медичних працівників, пов'язаних зі специфікою їхньої професійної діяльності (захворювання...);

- виважене та обґрунтоване застосування премій [75], джерелом для виплати яких є, по-перше, економія фонду оплати праці як результат неукомплектованості штатних посад медичних закладів; по-друге, частина коштів, отриманих від надання медичних послуг на платній основі;

- оплата підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників;

- надання можливості на пільгових умовах харчуватись у столовій медичного закладу, а також купувати ліки та медичні послуги...;

- безоплатне чи на пільгових умовах надання медичних послуг цього ж медичного закладу;

- створення робочих місць, які передбачають надання медичних послуг як особи-суб'єкти підприємницької діяльності, котрі орендують у державних і комунальних медичних закладів частину їхніх приміщень і необхідне обладнання [37].

У рамках створення системи забезпечується інформаційно-технологічна підтримка наступних процесів в МОЗ: моніторинг кадрового забезпечення та кадрових потреб в частині медичних і фармацевтичних працівників, планування обсягів і структури підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних кадрів, контроль за своєчасним проходженням навчання, оцінка кваліфікації медичного та фармацевтичного персоналу та ув'язка рівня його заробітної плати з якістю та обсягом наданої медичної допомоги [25]. Інформація про дійсність ліцензії, та результати розгляду скарг органом медичного самоврядування повинні бути доступними для громадськості в онлайн-режимі [72].

Акцентуємо увагу також і на те, що контрольними функціями щодо проведення атестації медичних працівників МОЗ наділяє орган, при якому утворено відповідну атестаційну комісію», а про лікарське самоврядування взагалі не згадує. Натомість європейський і світовий досвід засвідчує, що основним інститутом та інструментом, який має бути задіяний для оцінки якості й контролю за діяльністю медичних працівників, є лікарське

самоврядування [35]. Відтак, вважаємо за доцільне передбачити участь самоврядної організації лікарів у проведенні атестації медичних працівників. Для цього слід створити таку самоврядну організацію, визначитись з її повноваженнями і прийняти спеціальний закон щодо такої самоврядної організації. Такий підхід дозволить більш об'єктивно й незалежно проводити атестацію медичних працівників. До того ж відповідатиме демократичним засадам медичної реформи [41].

Ефективне формування та використання трудового потенціалу залежить від результативності дотримання таких принципів управління персоналом:

- цілеспрямованість напрямів розвитку трудового потенціалу організації стратегії його розвитку;
- активізація інтелектуальної складової трудового потенціалу організації;
- оптимізація рівнів ієрархії організаційної структури управління;
- формування корпоративної культури та організаційної структури управління згори донизу;
- відповідність матеріального та нематеріального стимулювання до повного розкриття трудового потенціалу мотивам працівників;
- самомотивація працівників до повної реалізації трудового потенціалу;
- відкритість інформації щодо мети діяльності підприємства і очікуваної трудової поведінки працівника;
- окупність інвестицій у розвиток трудового потенціалу;
- рентабельність використання трудового потенціалу;
- системність управління всіма складовими організаційно-економічного механізму управління трудовим потенціалом організації;
- раціональне формування трудового потенціалу [51].

Основні напрями розвитку кадрового забезпечення:

1. Удосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації. До основних напрямів підвищення ефективності програм навчання слід віднести: розгляд кращих практик місцевого управління [82]; організація взаємодії між громадами, органами місцевого самоврядування з метою обміну

досвідом, розширення практик співробітництва; конкретизація програм з урахуванням реалій діяльності конкретної громади та її соціально-економічних проблем; індивідуальний підхід, підвищення рівня варіативності програм навчання, облік освітніх запитів учнів в тій чи іншій сфері.

2. Формування етичних норм.

3. Підвищення престижу. Саме через відсутність преференцій і високу соціальну відповідальність за результати вирішення професійних завдань єдиним мотиватором є активна громадянська позиція, прагнення зробити посильний внесок у соціально-економічний розвиток своєї громади.

Напрями для вдосконалення механізму кадрового забезпечення:

– організаційна складова забезпечується за допомогою оптимального сценарію кадрового забезпечення, побудова якого базується на використанні сценарного підходу;

– інформаційна складова забезпечується шляхом автоматизації бізнес-процесів, визначення результативності праці, прозорої системи планування та бюджетування, а також упровадження інтелектуальних центрів для обміну;

– мотиваційна складова забезпечується за допомогою побудови карт саморозвитку, визначення та обґрунтування мотиваторів і демотиваторів ефективного функціонування органів місцевого самоврядування.

Удосконалення роботи з кадровим резервом, а саме:

– підготовка планів розвитку резервістів на основі зіставлення характеристик кожного з них з портретом ідеального співробітника для даної посади;

– оцінка результативності розвитку резервістів;

– використання психологічного портрета особистості співробітника.

Для залучення на службу перспективних і молодих кваліфікованих фахівців, можна реалізувати такі заходи:

– формування у вищих навчальних закладах молодіжного кадрового резерву;

– впровадження інституту стажерства;



- наставництво – як інструмент прискорення й полегшення адаптації молодих фахівців;
- укладення договору з вищими навчальними закладами про цільову підготовку і підвищення кваліфікації посадових осіб;
- розробка й впровадження індивідуальних планів професійного розвитку посадових осіб;
- організація індивідуального навчання;
- розвиток практичного навчання на робочому місці, використовуючи метод коучингу;
- участь співробітників в курсах підвищення кваліфікації, в т.ч. з використанням дистанційних технологій навчання;
- стимулювання самоосвіти співробітників;
- придбання навчально-методичної літератури.

Важливими практичними заходами впровадження управлінських інновацій в кадровому забезпеченні є:

- практика застосування сервісів групового спілкування з використанням месенджерів замість проведення тривалих нарад, що дозволяє швидше здійснювати комунікації один з одним і ефективно вирішувати поточні питання в оперативному режимі;
- практика переміщення співробітників в структурних підрозділах, що сприяє формуванню цілісної картини про діяльність в цілому, а також підвищенню адаптаційних можливостей і універсальності працівників;
- практика публічного підбору кадрів, що дозволяє знаходити перспективних і талановитих фахівців шляхом проведення конкурсів;
- практика проведення обов'язкової атестації, що дозволяє своєчасно виявити необхідність в підвищенні кваліфікації, професійної підготовки або перепідготовки працівника, а також визначити перспективи використання потенційних здібностей працівника [39].

Практика останнього десятиліття з усією очевидністю показала, що необхідно повернутися до розподілу випускників медичних навчальних

закладів, безперервного підвищення кваліфікації працівників і впровадження нових методів оплати праці [66].

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

1) усвідомлене й цілеспрямоване використання менеджерами закладів охорони здоров'я таких складових технологій управління кадрами, як їх відбір і найм, періодичне оцінювання діяльності, навчання на робочому місці, трудова адаптація та мотивація, службово-професійне просування, 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 і соціально-побутових потреб, 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 технології 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 («пропрацював більше – отримав більше») і наблизитися до принципу матеріальної залежності («скільки заробив – стільки й отримав»);

5) побудова організаційно-методичної роботи будь-якого 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, його мотивацію, професійне зростання;

б) для реалізації всіх вищевикладених рекомендацій доцільно й необхідно проводити тематичні цикли удосконалення працівників кадрових служб і керівників установ та органів охорони здоров'я [66].

Задля усунення виявлених проблем запропоновано застосувати наступні заходи:

- досягнення справедливості та рівноправного доступу до послуг охорони здоров'я;

- соціальна солідарність за допомогою забезпечення охорони здоров'я через НСЗУ або систему соціального медичного страхування;

- досягнення економічності за допомогою визначення фінансово обґрунтованих витрат в галузі;

- забезпечення здорових умов оточення за допомогою організації безпечних умов праці, безпеки питної води та продуктів харчування тощо;

- організація інформованості та освіченості населення з питань охорони здоров'я;

- забезпечення індивідуалізації при виборі постачальника послуг в сфері охорони здоров'я [23];

- політичну волю вищого керівництва держави щодо реалізації довгострокової політики збереження громадського здоров'я нації як першочергової умови забезпечення національної безпеки держави;

- запровадження новітніх стандартизованих медичних технологій, які б забезпечили формування та реалізацію сучасної та ефективної системи охорони здоров'я та надання медичних послуг населенню, базуючись на індикативному врахуванні комплексу соціально-економічних факторів;

- імплементацію сучасних етичних і технологічних норм забезпечення якості громадського здоров'я, які мають стати інституційною умовою мобільного розвитку сучасної системи охорони здоров'я, формуючи у громадян «менталітет здорового способу життя» [25];

- формування адекватної системи оцінки ефективності кадрової роботи, яка включатиме: обґрунтування відповідних критеріїв та об'єктивних методів

збору інформації; розмежування повноважень серед суб'єктів публічного адміністрування;

– обґрунтування рекомендацій відносно розвитку персоналу, вдосконалення його професійно-кваліфікаційної структури, креативності й інноваційності виконуваних функцій за рахунок інвестицій (витрати на професійне навчання, виховання гуманітарних складових людського капіталу, охорону здоров'я, пошук економічно важливої інформації, мобільність, навчальні тренінги);

– розробка диференційної системи мотивування персоналу шляхом створення системи бонусів, що відображає результативність їх діяльності, забезпечення сприятливих умов і гарантій для персоналу;

– підвищення престижності роботи, запровадження дієвих прозорих механізмів стимулювання, соціального захисту і підвищення відповідальності персоналу [39];

– розробка та впровадження стандартів медичної допомоги і клінічних протоколів на засадах доказової медицини;

– запровадження системи індикаторів якості діяльності закладів охорони здоров'я;

– удосконалення системи акредитації закладів охорони здоров'я та ліцензування медичної практики на підставі об'єктивних критеріїв;

– створення дійових механізмів мотивації медичного персоналу для підвищення якості медичних послуг [33].

Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками стане вагомою запорукою подальшого покращання кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, а з тим – підвищення якості медичних послуг як запоруки покращання здоров'я населення.

## ВИСНОВКИ

1. З'ясування сутності цього поняття, дозволяє стверджувати, що державна політика щодо розвитку сфери охорони здоров'я – це визначення стратегії і тактики, політичного курсу, пов'язаного з діяльністю держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення України як найважливішої складової її національного багатства, що втілені в законодавстві країни і виявляються в забезпеченні розвитку людського потенціалу українського народ. Інституціональна складова державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я є сукупністю відповідних органів державної влади, а нормативно-правове забезпечення – чинна нормативно-правова база, що регламентує діяльність усіх учасників цього процесу.

2. Дослідження діючих механізмів управління – певне знаряддя для здійснення цілеспрямованих перетворень; сукупність способів, методів, важелів, через які суб'єкт управління впливає на об'єкт управління для досягнення певної мети – які використовуються для реалізації державної політики щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Ці механізми мають за мету підготовку необхідних кваліфікованих працівників, забезпечення ними закладів охорони здоров'я, виконання цими медичними працівниками відповідних завдань. Задля цього використовуються відповідні методи та засоби управління, перелік і пріоритетність яких обумовлюються специфікою нагальної проблеми та доступними ресурсами, які можна залучити для її вирішення.

3. Систематизація проблем у цій сфері загалом і щодо забезпечення вітчизняної сфери охорони здоров'я кваліфікованими кадрами: відсутність єдиної та зрозумілої системи оцінки якості та ефективності кадрової роботи; недостатня кількість кваліфікованих фахівців через невисоку престижність праці та низький рівень заробітних плат, що не відповідає складності роботи та

емоційної напруги; недостатній рівень мотивації персоналу через неможливість використання фінансових інструментів; неефективність і непрозорість наявної системи атестації лікарів і медичних сестер для підтвердження їх професійної кваліфікації; непрофесійна кадрова політика, яка супроводжується дефіцитом кадрів первинної ланки та кваліфікованих кадрів вищого сегменту медичної вертикалі й відсутність належного професійного саморегулювання.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо кадрового забезпечення сфери: поширювати превентивні заходи у медицині; контролювати дотримання прав пацієнтів; сприяти розширенню ролі громадськості у визначенні напрямів розвитку системи охорони здоров'я (шляхом анкетування і соціологічних опитувань); контролювати та збільшувати обсяги фінансування медицини та ефективно використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів; сприяти переходу закладів охорони здоров'я на нові стандарти управлінського та бухгалтерського обліку; безперервне навчання фахівців сфери охорони здоров'я (розвинені країни світу); отримання ліцензії від медичної ліцензійної ради штату, де вони планують працювати за результатами складання уніфікованого іспиту (три рівні) для (США); отримання свідоцтва про допущення до лікарської практики за результатами проходження апробації (три етапи) й (Німеччина); отримання свідоцтва про нострифікацію (Австралія).

5. Визначено такі перспективні напрями і засоби публічного управління для подальшого покращання кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я: вдосконалення системи безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я задля переходу до системи професійного ліцензування; створення ефективної системи стимулювання, розробка критеріїв ефективності діяльності організації; оплата підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників; впровадження інституту стажерства; розвиток практичного навчання на робочому місці, використовуючи метод коучингу тощо.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Т.П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2014. № 2. С. 89–95.
2. Административное право России: учебник. Государственное управление и административное право. Минск: Щит, 2002. Ч. 1. 306 с.
3. Белая Н.В. К вопросу о понимании кадрового обеспечения АПК на современном этапе. *Ползуновский альманах*. 2011. № 4. С. 249–253.
4. Вороненко Ю.В. Напрямки розвитку системи медичної освіти в Україні: погляд у майбутнє. *Медична освіта*. 2017. № 3. С. 32–35.
5. Галайчук Б.В. Ефективність формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я. *Науковий вісник Академії муніципального управління. (Серія: Управління)*. 2012. Вип. 2. С. 185–193.
6. Галуцько В. та ін. Адміністративне право України. Повний курс: підручник. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2018. 446 с.
7. Генеральная ассамблея ООН. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. URL: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?docid=3ae6b36c0>. (дата звернення: 05.11.2021)
8. Гладун З.С. До питання про зміст адміністративно-правових норм у сфері охорони здоров'я населення. *Науковий вісник Львівської комерційної академії. (Серія: Юридична)*. 2015. Вип. 2. С. 133–144.
9. Гончарук Н.Т. Управління керівним персоналом у сфері державної служби України: теорія та практика: монографія. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2012. 343 с.
10. Дембіцька С. Кадрове забезпечення органів державної влади в Україні. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». (Серія: Юридичні науки)*. 2014. № 782. С. 33–38.

11. Державна політика у сфері охорони здоров'я: монографія. У 2 ч. / за заг. ред. М.М. Білинської. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.
12. Державне управління і менеджмент: навчальний посібник. / [кол. авт.]; за заг. ред. Г.С. Одінцової. Харків: Вид-во ХарPI УАДУ, 2002. 492 с.
13. Дешко Л.М. Державне регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.04. Донецьк, 2010. 23 с.
14. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.02.2019 р. № 446. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/...> (дата звернення: 05.11.2021)
15. Дзюндзюк В.Б., Мартинюк М.С. Особливості вироблення стратегій в публічних організаціях. *Державне будівництво*. 2009. № 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2009\\_1\\_48](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2009_1_48) (дата звернення: 15.12.2021)
16. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 р. № 117. URL: <http://www.moz.gov>. (дата звернення: 15.12.2021)
17. Економічна енциклопедія. У 3-х т. Київ: Академія, 2002. Т. 3. 952 с.
18. Заколюдажна М.В. Програмно-цільовий підхід у державному управлінні системою охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 1– С. 234–240.
19. Золотарьов В.Ф. Сутність кадрового забезпечення органів місцевого самоврядування. *Державне будівництво*. 2014. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2014\\_2\\_21\\_48](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2014_2_21_48) (дата звернення: 15.12.2021)
20. Історична довідка про роботу Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я восьмого скликання. 2019. URL: [http://komzdrav.rada.gov.ua/news/Pro\\_komitet/history\\_dovid/74128.html](http://komzdrav.rada.gov.ua/news/Pro_komitet/history_dovid/74128.html). (дата звернення: 15.12.2021)
21. Кагановська Т.Є. Кадрове забезпечення державного управління в Україні: монографія. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2010. 330 с.
22. Кагановська Т.Є. Сутність та завдання кадрового забезпечення як засобу сприяння функціонуванню держави та її органів. *Форум права*. 2008. № 1. С. 215–220.



23. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
24. Кибанов А.Я. Управление персоналом организации, доп. и перераб. Минск, 2010. 695 с.
25. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
26. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 р. № 322-VIII. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/322-08>.
27. Колеснікова В.В. Державне сприяння професійній адаптації молодих фахівців через систему неперервної освіти: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2021. 265 с.
28. Конституція України. Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 15.12.2021)
29. Корольчук М.С. Психофізіологія діяльності: підручник. 3-тє вид. випр. і допов. Київ: Ельга, 2011. 400 с.
30. Коротич О.Б. Державне управління регіональним розвитком України. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2006. 220 с.
31. Костишина Т. Стратегічні пріоритети формування конкурентоспроможної оплати праці. *Україна: аспекти праці*. 2010. № 7. С. 21–26.
32. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2008. 36 с.
33. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. Т. 2.2. С. 44–52.
34. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ: Четверта хвиля, 2009. 353 с.
35. Ліцензування лікарів: а судді хто? URL: [https://issuu.com/vzkievua/docs/vz\\_31-32\\_2018](https://issuu.com/vzkievua/docs/vz_31-32_2018) (дата звернення: 05.11.2021)
36. Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків: Оберіг, 2013. 300 с.

37. Мельниченко О.А., Чухно І.А. Належна економічна умотивованість працівників сфери охорони здоров'я як фактор підвищення якості медичних послуг. *Історична спадщина та сучасні аспекти забезпечення громадського здоров'я в Україні*: матеріали наук.-практ. конф. Харків: ХНМУ, 2017. С. 127–129.

38. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Іншакова Г.В. Регламентация права на охорону здоров'я у міжнародних нормативно-правових актах // *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)*: матеріали ІІ всеукр. наук.-практ. конф., 17–18.04.2008, Львів. URL: [http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02\\_186\\_01.pdf](http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_186_01.pdf). (дата звернення: 05.11.2021)

39. Мосумова А.К. Кадрове забезпечення ефективного функціонування органів місцевого самоврядування: дис. ... д.філос.: 074. Харків, 2021. 240 с.

40. Муляр Г.В. Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: дис. ... д.ю.н.: 12.00.07. Київ, 2020. 565 с.

41. Муляр Г.В. Правове забезпечення безперервного професійного розвитку медичних працівників: сучасний стан та перспективи удосконалення законодавства. *Актуальні проблеми сучасної науки*: XLII міжнар. наук.-практ., 06 квітня 2020 р. Вінниця, 2020. Ч. 11. С. 32–36.

42. Муляр Г.В. Функції Верховної Ради України в сфері охорони здоров'я. Травневі правові читання: матеріали І всеукр. наук.-практ. конф. Черкаси: ЧПБ імені Героїв Чорнобиля НУЦЗУ, 2020. С. 290–292.

43. Мякишев Г.М. Организация кадровой службы. Минск, 2000. 182 с.

44. Нагребецкий А. Реформирование системы здравоохранения Германии – от хорошего к лучшему. *Здоров'я України*. 2007. № 5. С. 16–17.

45. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <http://moz.gov.ua>. (дата звернення: 15.12.2021)

46. Олуйко В.М. Державна кадрова політика: теоретико-методологічне забезпечення: монографія. Київ: НАДУ, 2008. 418 с.

47. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 р. № 2801. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>. (дата звернення: 15.12.2021)

48. Охрана здоровья и права человека: ресурсное пособие / под науч. ред. И.Я. Сенюты. 5-е изд., доп. Львов: Медицина и право, 2015. 989 с.
49. Пітко Я.М. Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2010. 24 с.
50. Поворозник М.Ю. Бенчмаркінг моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 11. С. 41–43.
51. Покотило Т.В. Проблеми розвитку трудового потенціалу в органах публічної служби. *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 1. С. 185–191.
52. Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 р. № 647. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-п#Text> (дата звернення: 15.12.2021)
53. Положення про Міністерство охорони здоров'я. URL: <http://www.moz.gov.ua>. (дата звернення: 15.12.2021)
54. Пономаренко М.С., Алексєєва І.М. Деякі правові питання реформування галузі охорони здоров'я населення України. *Запорозький медичинський журнал: організаційні статті*. 2007. № 1. С. 155–157.
55. Попченко Т.П. Державна політика щодо реформування системи охорони здоров'я як шлях до збереження та зміцнення здоров'я населення. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 1. С. 252–255.
56. Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/rada/show/v0117282-02>. (дата звернення: 05.11.2021)
57. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п#Text> (дата звернення: 15.12.2021)
58. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-п#Text> (дата звернення: 05.11.2021)

59. Про затвердження Порядку надання права на професійну діяльність в Україні особам, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн. Наказ МОЗ від 19.08.1994 р. № 118. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0218-94>. (дата звернення: 05.11.2021)
60. Про Кабінет Міністрів України. Закон України від 27.02.2014 р. № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 15.12.2021)
61. Про комітети Верховної Ради України. Закон України від 04.04.1995 р. № 116/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws> (дата звернення: 15.12.2021)
62. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws> (дата звернення: 15.12.2021)
63. Про подальше удосконалення атестації лікарів. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.12.1997 р. № 359. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98> (дата звернення: 05.11.2021)
64. Про порядок направлення на стажування лікарів і їх наступного допуску до лікарської діяльності. Наказ МОЗ від 17.03.1993 р. № 48. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0019-93>. (дата звернення: 05.11.2021)
65. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і тенденції розвитку: автореф. дис. ... д. держ. упр.: 25.00.01. Київ, 2003. 38 с.
66. Ровенська В.В., Саржевська Є.О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 2019. № 3. С. 162–168.
67. Роль управління кадровими ресурсами у покращанні результатів діяльності системи охорони здоров'я України: посібник. Київ, 2009. URL: <http://www.eushc.com.ua/catalogs/...> (дата звернення: 05.11.2021)
68. Теория и методы в современной политической науке: Первая попытка теоретического синтеза. / под ред. С.У. Ларсена. Минск, 2009. 751 с.
69. Федак Н.М., Карамишев Д.В. Реалізація державної політики щодо професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я. *Вісник Академії митної служби. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 21. С. 155–156.
70. Худоба О. Деменція: емпірична обґрунтованість державної політики в Україні: монографія. Львів: Піраміда, 2019. 428 с.

71. Худоба О.В. Державна політика забезпечення права на охорону здоров'я хворих на деменцію в Україні: механізми формування та реалізації: дис... д.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2019. 535 с.

72. Худошина О.В. Державне регулювання ліцензування господарської діяльності з медичної практики в Україні: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2020. 214 с.

73. Цимбалюк С. Диференціація заробітної плати: види, чинники, сучасний стан в Україні. *Україна: аспекти праці*. 2009. № 4. С. 16–22.

74. Чеботарьова Г.В. Кримінально-правова охорона правопорядку у сфері медичної діяльності: автореф. дис. ... д.ю.н.: 12.00.08. Київ, 2011. 36 с.

75. Чухно І.А., Мартовицький Д.В. Сучасні світові тенденції в мотивації медичного персоналу як засіб поліпшення якості медичного обслуговування. *Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я в Україні*: матеріали наук-практ. конф., 16 березня 2016 р. Харків, 2016. С. 143–145.

76. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.

77. Шевчук Н.В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.07. Київ, 2015. 20 с.

78. Шишкін В.С. Сучасні тенденції рівня життя населення України та моделювання його змін на короткострокову перспективу. *Прикладна статистика: проблеми теорії та практики*. 2015. С. 56–65.

79. Штогрин О.П. Теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення в контексті прав людини: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2017. 195 с.

80. Щукін О.С. Правовий статус медичних працівників за трудовим законодавством України: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.05. Одеса, 2005. 20 с.

81. Якість інформаційного забезпечення соціальної політики: монографія / за ред. Е.М. Лібанової. Київ: ДУХ І ЛІТЕРА, 2010. 248 с.

82. Ellickson M., Logsdon K. Determinants of Job Satisfaction of Municipal Government Employees. *Public Personnel Management*. 2002. Vol. 31. № 3. P. 343–358.
83. Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness. Busan, Global Partnership for Effective Development Cooperation, 2011. URL: [www.aideffectiveness.org/busanhlf4/](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/) (дата звернення: 15.12.2021)
84. Hoffman S.J. et al. A review of conceptual barriers and opportunities facing health systems research to inform a strategy from the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 2012.
85. How to build science capacity. *Nature*. 2012. № 490. P. 331–334.
86. Ijsselmuiden C., Ghannem H., Bouzouaia N. Development of health research system: analysis and defining priorities in Tunisia. *La Tunisie Medicale*. 2009. № 87. P. 1–2.
87. Improving Intergovernmental Fiscal Relations in Ukraine, 2017.
88. Jones R., Lamont T., Haines A. Setting priorities for research and development in the NHS: a case study on the interface between primary and secondary care. *British Medical Journal*. 1995. № 311. P. 1076–1080.
89. Lansang M.A., Dennis R. Building capacity in health research in the developing world. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004. № 82. P. 764–770.
90. OHCHR What are human rights? Geneva, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. URL: <http://www.ohchr.org/en/issues/...> (дата звернення: 05.11.2021)
91. Ranson M. Priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010. № 88. P. 435–443.
92. The World Health Report 2006 – Working together for health. Geneva, World Health Organization 2006. URL: [www.who.int/whr/2006/en/...](http://www.who.int/whr/2006/en/...) (дата звернення: 05.11.2021)