

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ДЕРЖАВНОГО  
УПРАВЛІННЯ ПРИ ПРЕЗИДЕНТОВІ УКРАЇНИ

**Короленко В.В., Юрочко Т.П.**

**КАДРОВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ  
ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ**

Монографія

Київ  
ВИДАВНИЦТВО  
**КиМ**  
2018

**УДК 614.2:331.108](477:4)(02)  
К68**

*Рекомендовано до друку Вченою радою Національної академії  
державного управління при Президентові України  
(протокол № 260/6-21 від 23.07.2018 р.)*

**Рецензенти:**

**Зюков О.Л.** – головний лікар, заступник директора з клінічної роботи, головний науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини” Державного управління справами, Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор  
**Кризина Н.П.** – професор кафедри регіонального управління, місцевого самоврядування та управління містом Національної академії державного управління при Президентові України, Заслужений лікар України, доктор наук з державного управління, професор

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

ISBN 978-617-628-077-4

В монографії представлено науково-теоретичне обґрунтування місця та ролі кадрової політики серед основних напрямів державного управління в цілому та у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах. Здійснено системний аналіз літератури та нормативно-правової бази, що регламентує кадрову політику в сфері охорони здоров'я України, досліджені підходи до кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу та США. Запропоновано і обґрунтовано шляхи удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я у відповідності до європейського вектору розвитку України.

**УДК 614.2:331.108](477:4)(02)**

*Для написання цієї роботи були використані матеріали дослідження, проведеного за частковою фінансовою підтримкою програми “Відкритий світ” (Open World program), що адмініструється організацією American Councils. Думки, що висловлюються у цій роботі, належать авторам, і необов'язково співпадають з офіційною точкою зору Центру лідерства “Відкритий Світ” (Open World Leadership Center) та організації American Councils.*

ISBN 978-617-628-077-4

© Короленько В.В., Юрочко Т.П. 2018

## ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень .....	4
Вступ .....	5
<b>Розділ 1. Державна політика у сфері забезпечення</b> <b>кадрами охорони здоров'я в Україні .....</b>	<b>8</b>
1.1. Державна кадрова політика в Україні: понятійно-категоріальний апарат .....	8
1.2. Нормативно-правове забезпечення кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні .....	13
1.3. Соціально-економічні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я .....	23
Висновки до розділу 1 .....	48
<b>Розділ 2. Удосконалення державної кадрової політики</b> <b>у сфері охорони здоров'я у відповідності</b> <b>до європейського вектору розвитку України .....</b>	<b>51</b>
2.1. Аналіз міжнародних підходів до кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я .....	51
2.2. Аналіз кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я на прикладі дерматовенерологічної служби України .....	61
2.3. Шляхи удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я у відповідності до європейського вектору розвитку України .....	77
Висновки до розділу 2 .....	82
Висновки .....	84
Додатки .....	87
Список використаних джерел .....	97
Вдячність .....	103

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

<b>АПУ</b>	– Адміністрація Президента України
<b>ВООЗ</b>	– Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ВРУ</b>	– Верховна Рада України
<b>ЄС</b>	– Європейський Союз
<b>КМУ</b>	– Кабінет Міністрів України
<b>КРОЗ</b>	– кадрові ресурси в охороні здоров'я
<b>МДА</b>	– місцеві державні адміністрації
<b>МОЗ</b>	– Міністерство охорони здоров'я
<b>ООН</b>	– Організація Об'єднаних Націй
<b>ОРДЛО</b>	– окремі райони Донецької та Луганської областей
<b>США</b>	– Сполучені штати Америки
<b>СОТ</b>	– Світова організація торгівлі
<b>ЦОВВ</b>	– центральні органи виконавчої влади

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Становлення України як демократичної, правової, соціальної держави з соціально орієнтованою економікою, її європейська та євроатлантична інтеграція передбачають формування та розвиток висококваліфікованого корпусу фахівців у сфері охорони здоров'я як у медичних закладах, так і в органах влади – практиків та науковців, державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування.

Основу діяльності усіх сфер економіки України становить їх кадровий потенціал, він же забезпечує ефективність та якість надання відповідних медичних та управлінських послуг. Формування кадрового потенціалу – один із основних напрямів розвитку системи охорони здоров'я, адже сучасне виробництво, наука, різні сторони діяльності суспільства роблять ставку на творчий потенціал та удосконалення кадрів, тому що (за досвідом американських фірм) кожні 35 тисяч доларів, які вкладені в освіту, дають прибуток в 1 мільйон доларів.

На даний час у період бурхливого приросту знань і технологічних проривів, з прискореною глобалізацією всіх процесів освіченість, інтелект, творчий потенціал особистості стають основною продуктивною силою, визначальною передумовою і наріжним каменем прогресу цивілізації. Тільки високоосвічена людина здатна вільно орієнтуватися у реаліях та імперативах сучасного світу та має можливість забезпечити оптимальну віддачу для себе і суспільства. Гостра і нагальна потреба у таких фахівцях диктує необхідність державного підходу до управління системою формування кадрового потенціалу служби всіх сфер суспільного життя України, у тому числі й сфери охорони здоров'я.

В умовах обмеженості ресурсів набуває першочергового значення такий елемент впливу на темпи розвитку галузі як ефективне управління галуззю (сучасний менеджмент), що обумовлює неперевершене значення підготовки, у першу чергу, кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я, який і повинен забезпечити

стабільне планомірне підвищення якості надання медичних послуг. Основною лінією у підготовці медичних працівників стає їх подальша професіоналізація і дієздатність, створення системи формування кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я в межах єдиної кадрової політики України з урахуванням викликів, які постають перед галуззю в умовах європейської інтеграції [11].

Актуальність дослідження значною мірою посилюється тим, що підготовка медичних кадрів нині переживає не найкращі часи: часті зміни урядів і, відповідно, засад кадрової політики, у тому числі в охороні здоров'я, спричиняють значну плінність кадрів серед медичних працівників; за останні роки важливою проблемою стала еміграція кваліфікованого персоналу у пошуках кращих умов праці; досі залишаються законодавчо неврегульованими численні аспекти забезпечення прав медичних працівників, що гальмує розвиток системи охорони здоров'я; медики скаржаться на недостатнє матеріальне забезпечення, а громадяни закидають їм недбале ставлення до обов'язків і хабарництво.

Проте, незважаючи на широкий спектр зазначених вище й низки інших наукових праць, теоретичні та практичні аспекти управління підготовкою та підвищенням кваліфікації медичних працівників в умовах європейської інтеграції України та процесів реформування галузі досліджені недостатньо. Саме відсутність теоретичних розробок із означеної проблеми і спонукала до виконання цього дослідження.

Таким чином, актуальність нашої роботи обумовлена:

- відсутністю системної державної кадрової політики в цілому і у сфері охорони здоров'я зокрема;
- відсутністю стратегічного планування підготовки медичних кадрів та управлінців для сфери охорони здоров'я;
- недосконалістю системи кваліфікаційних вимог для управлінських кадрів сфери охорони здоров'я;
- відсутністю послідовності управлінських підходів до забезпечення кадрами.

*Мета і завдання дослідження*

Метою дослідження є науково-теоретичне обґрунтування місця та ролі кадрової політики у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах європейської інтеграції України.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні завдання:

- дослідити стан державної кадрової політики в Україні;
- здійснити системний аналіз правових та соціально-економічних аспектів кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України;
- дослідити міжнародний досвід кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я;
- здійснити аналіз стану кадрового забезпечення дерматовенерологічної служби в Україні;
- запропонувати науково обгрунтовані шляхи удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я у відповідності до європейського вектору розвитку України.

*Об'єктом* даного дослідження є процес реалізації державної кадрової політики в Україні.

*Предмет* дослідження – кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції.

*Методи дослідження.* Методологічну основу дослідження склав комплексний міждисциплінарний підхід, що використовує методи різних наук, заснований на сполученні як загальнонаукових методів, таких як аналіз і синтез, історичний і діалектичний, так і спеціальних методів, тобто статистичний метод, аналіз нормативно-правових актів тощо. Емпіричною базою дослідження стали: узагальнення практики застосування законодавства з питань формування державної політики з охорони здоров'я, дані соціологічних досліджень, соціальна статистика, дані статистичної звітності МОЗ України, Державної служби статистики України.

Під час дослідження застосовувались такі методи: абстрактно-логічний – для обгрунтування концепції кадрової політики у системі охорони здоров'я; компаративного аналізу – для порівняння тенденцій формування, використання та розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я між регіонами України, спеціальностями, віковими когортами; системного аналізу – для комплексного вивчення кадрової політики у дерматовенерологічній службі та пошуку її проблемних питань.

## Розділ 1

# ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КАДРАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 1.1. Державна кадрова політика в Україні: понятійно-категоріальний апарат

В сучасних умовах розвитку української державності з урахуванням взятого курсу на інтеграцію до європейського співтовариства вироблення та реалізація політики ефективного кадрового забезпечення усіх сфер господарства, у тому числі соціально-гуманітарної сфери, і, зокрема, сфери охорони здоров'я, вбачається одним із пріоритетних завдань. Вироблення та реалізація сучасної кадрової політики України в усіх сферах суспільної діяльності потребує ефективної кадрової системи, що включає сукупність кадрових інститутів та організаційних структур, які здійснюють цілісне управління кадровими процесами, з метою досягнення визначених пріоритетів розвитку суспільства. За визначенням Ю.В. Ковбасюка (2012) [3], державна кадрова політика – це цілеспрямована стратегічна діяльність держави, пов'язана з плануванням та прогнозуванням формування, професійного розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів України, визначенням цілей і пріоритетів кадрової діяльності. Від стратегії подальшого розвитку держави залежать обсяг і межі державного регулювання кадрових процесів, рівень їх децентралізації та демократизації.

Дьомін О. та співавтори (2001) під державною кадровою політикою розуміють державну стратегію, що виражає волю народу, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, стратегії формування, розвитку та раціонального використання кадрів, всіх людських ресурсів держави [7].



Оболенський О.Ю. дає таке визначення (2003): “Під державною кадровою політикою слід розуміти державну стратегію, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, що віддзеркалює волю народу, державну стратегію формування, розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів держави. У змістовному плані державна кадрова політика – це система офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів діяльності держави з організації та регулювання кадрових процесів і відносин” [28].

Кадрова політика як соціальне явище, маючи багаторівневу структуру, значно ширше за змістом, ніж суто державна кадрова політика, де суб'єктом виступає держава, яка не може виключно на себе брати розв'язання всіх кадрових проблем. Кадрова політика як наука відображає закономірності розвитку об'єктивних кадрових процесів, зв'язки та відносини, що дають їм певну якісну характеристику, визначають основні риси та принципи кадрової роботи [3, 4].

На теперішній час в Україні чинною є Стратегія державної кадрової політики на 2012–2020 роки, схвалена Указом Президента України від 1 лютого 2012 року № 45/2012 [52].

Відповідно до цієї Стратегії, реалізація державної кадрової політики має бути спрямована на досягнення:

- в соціальному аспекті – високого рівня розвитку людського потенціалу держави, задоволення очікувань населення щодо професійної самореалізації, гідної оплати праці;
- в економічному аспекті – забезпечення всіх галузей суспільного виробництва кваліфікованими кадрами, зростання конкурентоспроможності держави, підвищення рівня добробуту населення;
- в інституційному аспекті – удосконалення нормативно-правової бази з метою запровадження новітніх підходів у кадровому менеджменті;
- в організаційному аспекті – розбудови системи управління трудовими ресурсами на засадах соціального діалогу та партнерства держави і суб'єктів підприємницької діяльності [52].

Основними принципами кадрової політики є соціальна справедливість, комплексність та послідовність її проведення; збалансованість суспільних інтересів та інтересів окремих суспільних груп; професіоналізм; збалансованість представництва досвідчених та молодих працівників з урахуванням гендерної рівності; відповідальність держави за створення передумов для реалізації життєво важливих інтересів людини, реалізації громадянами права на освіту і працю; взаємоповага у відносинах між особою та державою, працівником та роботодавцем; партнерство держави і недержавного сектору; безперервність навчання.

Сучасні виклики, що їх ставить перед нами сьогодення в контексті розбудови демократичної європейської держави, висувають на передній край чимало актуальних питань, серед яких формування ефективного кадрового потенціалу, створення дієздатної, конструктивної державної служби, що може забезпечити вирішення національних завдань і стати ефективним організаційно-правовим управлінським інструментом проведення кадрової політики.

При виробленні та впровадженні державної кадрової політики доцільно зважати на такі засади:

1. Використання наукових принципів пізнання соціальних явищ (системність, історизм, соціальна детермінованість);
2. Критичне осмислення та творче застосування накопиченого наукового знання в галузі управління та кадрової діяльності, реалістична оцінка стану кадрового корпусу держави, визнання складності, взаємообумовленості та суперечливості кадрових процесів;
3. Критичний аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду роботи з кадрами, засвоєння його уроків, осмислення позитивних і негативних сторін цього досвіду, його адаптація в Україні з урахуванням традицій та особливостей, менталітету громадян України;
4. Урахування сучасних реалій і потреб України. Саме практика, аналіз кількісного та якісного складу кадрів дозволять робити висновки про ефективність тих чи інших новацій, надасть матеріал для виявлення нових тенденцій і потреб [8].

З метою уніфікації понятійно-категоріального апарату, використаного у даній роботі, нижче наводимо глосарій, складений відповідно до усталеної практики з урахуванням глосаріїв чинної нормативно-правової бази.

Державні соціальні гарантії – це встановлені законами мінімальні розміри оплати праці, доходів громадян, пенсійного забезпечення, соціальної допомоги, розміри інших видів соціальних виплат, встановлені законами та іншими нормативно-правовими актами, які забезпечують рівень життя не нижчий від прожиткового мінімуму.

Під терміном “кадрова робота” розуміємо діяльність суб’єктів державної кадрової політики, органів управління та кадрових служб підприємств, установ, організацій, спрямована на забезпечення реалізації принципів, цілей і завдань, які визначаються кадровою політикою. У вузькому значенні – документальна фіксація подій в управлінні персоналом організації.

Людський потенціал – це сукупність професійно підготовлених членів суспільства, які працюють, застосовуючи свої знання та уміння, у різних сферах суспільного життя.

Механізм реалізації державної кадрової політики визначається як комплекс правових норм, принципів, засобів, що забезпечують раціональний добір, підготовку, використання та розвиток людського потенціалу у різних сфер діяльності, механізм формування кадрової політики – як сукупність дій суб’єктів, спрямованих на розбудову системи управління людськими ресурсами та формування її потенційних можливостей.

Об’єкт державної кадрової політики – це комплекс відповідних правових норм, принципів, форм, методів і засобів, що забезпечують ефективність формування, розвитку, використання кадрів.

Об’єкти кадрової політики включають людський потенціал, кадрова робота, інститути та механізми соціального партнерства.

Персонал – це основний штатний склад працівників, що виконують функції та завдання, визначені посадовою інструкцією, з метою досягнення поставлених перед ним цілей.

Предмет державної кадрової політики – це суспільні відносини щодо формування, відтворення, розвитку, утримання та використання персоналу.

Принципи кадрової політики являють собою сформульовані на основі вітчизняного і зарубіжного досвіду правила, покладені в основу діяльності суб'єктів з розробки і реалізації кадрової політики держави, відомства, установи, організації, підприємства тощо.

Професійна група – це сукупність представників однієї професії, об'єднаних схожими знаннями та навичками, відчуттям ідентичності з професією та з іншими її представниками незалежно від галузі, в межах якої вона реалізується, і на цій основі об'єднаних єдиною професійною культурою, вираженою у системі притаманних лише цій групі цінностей, норм і ролей.

Важливим є професіоналізм персоналу – здатність працівників, які мають необхідний набір навичок, знань, цінностей, підходів та особистих якостей, що проявляються у їх поведінці, виконувати види робіт, що входять до компетенції займаних ними посад.

Суб'єктами державної кадрової політики є носії визначених у правовому полі повноважень, прав та обов'язків щодо вироблення та реалізації державної кадрової політики (органи державної влади, органи місцевого самоврядування, профспілки, асоціації роботодавців, громадські організації та інші).

Трудовий потенціал визначається як сукупна суспільна спроможність здійснювати різні види трудової діяльності, яка характеризується чисельністю працездатного населення, станом його здоров'я, його освітнім та кваліфікаційним рівнем, системою цінностей і моральним станом.

Управління персоналом – це практична діяльність, спрямована на визначення потреб організації у персоналі з урахуванням наявного кадрового складу, забезпечення організації якісним персоналом, регулювання процесів його раціонального використання, забезпечення організаційних, економічних та соціальних умов для ефективної та продуктивної роботи з метою досягнення цілей організації.

Таким чином, на сучасному етапі існує низка проблемних питань та викликів, які стосуються державної кадрової політики в цілому та справляють відповідні впливи на функціонування сфери охорони здоров'я.

## **1.2. Нормативно-правове забезпечення кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні**

Питання кадрової політики у вітчизняній сфері охорони здоров'я унормовані низкою українських та міжнародних нормативно-правових документів, серед яких основними є:

- Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН 70/1) (додаток А) [71]
- Здоров'я-2020. Основи політики та стратегія (прийнято 62-ю сесією ЄРБ ВООЗ, Мальта, 2012 рік, резолюція EUR/RC62/8) [64]
- Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського охорони здоров'я (прийнятий 62-ю сесією ЄРБ ВООЗ, Мальта, 2012 рік, резолюція EUR/RC62/12 Rev.1) --[63]
- Кадри і служби охорони здоров'я. Глобальна стратегія для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2016–2030 р. (резолюція ВНА 69.38) [67]
- Рішення 851/2004/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 21 квітня 2004 р. про утворення Європейського центру з профілактики та контролю за захворюваннями [62]
- Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, на 2014–2017 роки (Розділ 22. Громадське здоров'я) [54]
- Коаліційна угода Верховної Ради України VIII скликання (розділ XVI. Реформа системи охорони здоров'я, включаючи громадську платформу 80+) [12]
- Стратегія сталого розвитку “Україна – 2020” (затверджена Указом Президента від 12 січня 2015 року № 5/2015) [53]

- Закон України від 19.11.1992 р. № 2802-ХІІ “Основи законодавства України про охорону здоров’я” (із змінами і доповненнями) [31]
- Закон України від 1 липня 2014 року № 1556-VII “Про вищу освіту” (із змінами і доповненнями) [36]
- Постанова Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 “Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти” (із змінами і доповненнями) [44]
- Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 “Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров’я” [45]
- Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 “Про затвердження переліків закладів охорони здоров’я, лікарських, провізорських посад та посад...” [43]
- Наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 “Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров’я” [5].
- Наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. № 742 “Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою” [35]
- Наказ МОЗ України від 19.12.1997 № 359 “Про подальше удосконалення атестації лікарів” [45]
- Наказ МОЗ та АМН України від 12.09.2008 р. № 522/51 “Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні” [40]
- Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 “Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров’я в Україні на період до 2020 року” [41]
- Наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 512 “Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров’я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу” [42]
- Наказ МОЗ України від 02.09.2016 р. № 928 “Про втрату чинності наказу Міністерства охорони здоров’я України від 23 лютого 2000 року № 33” [39].

21 жовтня 2015 року Генеральна Асамблея ООН прийняла Резолюцію 70/1 “Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року”, яка містить сімнадцять цілей в галузі сталого розвитку, у тому числі Ціль 3: Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці (додаток А) [71]. Серед тринадцяти завдань з досягнення цієї Цілі є завдання 3.c, а саме: “Істотно збільшити фінансування охорони здоров'я та набір, розвиток, професійну підготовку та утримання медичних кадрів в країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах і малих острівних державах, що розвиваються”, а також 3.d: “Нарощувати потенціал всіх країн, особливо країн, що розвиваються, в напрямку раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я”. Проблеми управління кадровими ресурсами та кадровий дефіцит працівників охорони здоров'я визнані ВООЗ глобальним ризиком; наразі, за даними ВООЗ, у світі не вистачає 7,2 млн. фахівців у сфері охорони здоров'я. До цього долучаються проблеми територіальної і фахової диспропорції. З метою подолання цієї проблеми створено Глобальну стратегію для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2016–2030 р. (WHO Global Strategy on Human Resources for Health 2016–2030) [67].

Жоден з вітчизняних нормативно-правових документів, що стосується кадрової політики у сфері охорони здоров'я України, не містить цілісної стратегічної програми вирішення проблем кадрового забезпечення цієї сфери, концептуальних задач та механізмів реалізації кадрової політики в сфері охорони здоров'я, хоча в них частково відображені такі важливі питання як удосконалення державних освітніх стандартів підготовки медичних кадрів задля підвищення якості підготовки фахівців, забезпечення та управління якістю медичної допомоги, прогнозування кадрового забезпечення у відповідності до потреб охорони здоров'я з урахуванням її перетворень, а також демографічної ситуації в країні [1, 13].

В теперішній час відсутні професійні стандарти фахівців охорони здоров'я, які б відповідали сучасним світовим вимогам та

дозволяли б сформувані єдині підходи до встановлення нормативів по різних розділах медичної, соціальної, психологічної тощо видів допомоги і сприяли раціональному використанню кадрових ресурсів охорони здоров'я. Потребують удосконалення нормативно-правові акти щодо номенклатури спеціальностей і посад працівників сфери охорони здоров'я, кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей обліково-звітна документація кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, системи моніторингу та критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників, вироблення ефективних механізмів підвищення мотивації; системи збору й обробки вірогідної бази даних (як в регіональному, територіальному (місто-село) розрізі, так і на рівні держави, використовуючи принцип єдиного медичного простору, тобто враховуючи показники як державних, так і відомчих і приватних медичних закладів), що дозволить проводити цілісний аналіз ситуації в медичній сфері, вдосконалити механізми прогнозування та планування кадрових ресурсів охорони здоров'я, а також відстежити їхню ефективність. Зокрема, з метою підвищення ефективної системи планування і прогнозування медичних кадрів у систему звітності слід включати такі показники, як показники вікової структури і приросту населення, існуючі та прогнозовані потреби в медичних кадрах, їх розподіл з урахуванням спеціалізації, усунення дублювання функцій, перерозподіл функцій між медичним персоналом, можливості використання немедичних працівників у сфері охорони здоров'я, вплив процесів міграції, співвідношення витрат на збільшення числа медичних працівників у порівнянні з іншими заходами (витрати на профілактику захворювань і т.д.), прогноз зміни епідеміологічної ситуації та пов'язане з цим скорочення або збільшення потреби у медичних послугах. Дані показники повинні враховуватися при складанні планів професійної спеціалізації випускників медичних вузів, проведення спеціалізації в закладах післядипломної освіти, формуванні державного замовлення на підготовку кадрів з охорони здоров'я (не лише лікарів, а й середнього медичного персоналу, соціальних працівників, задіяних в процес діяльності сфери охорони здоров'я, психологів та ін.) тощо [1].



Згідно з попередніми редакціями Закону України “Про вищу освіту”, Постановою Кабінету Міністрів України “Про Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням” від 22 серпня 1996 року № 992 та наказом МОЗ України від 25 грудня 1997 року № 367 “Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням” випускник вузу після закінчення навчання мав відпрацювати 3 роки за направленням [17, 34].

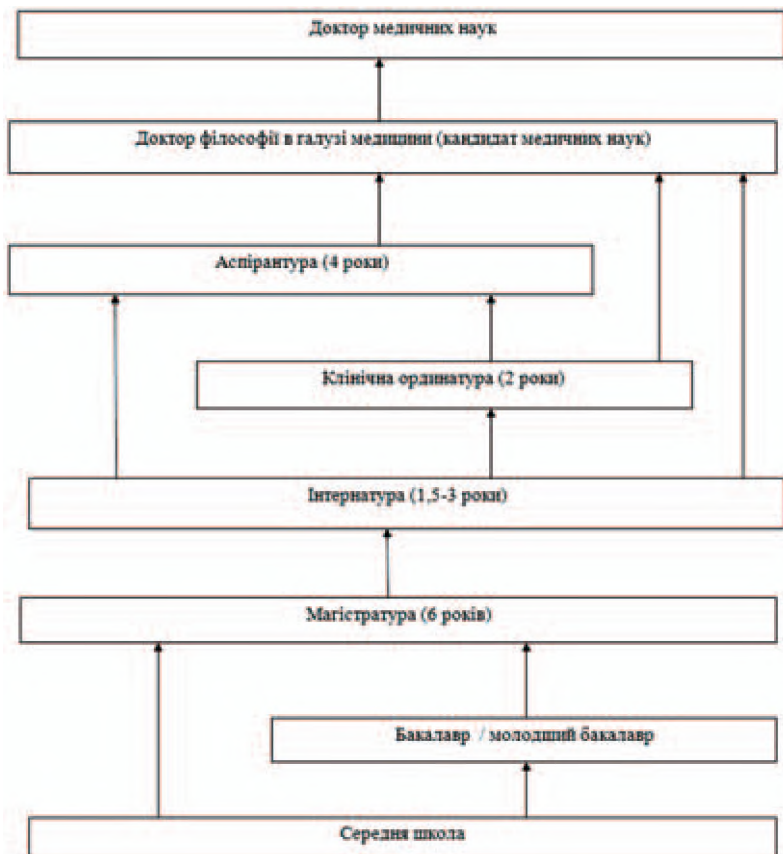
У 1996 році Міністерству фінансів разом з Міністерством освіти, Міністерством економіки, Міністерством юстиції та Національним банком було доручено розробити і затвердити Порядок визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними умов угоди про працевлаштування. Проте дотепер такий Порядок не був прийнятий та не затверджений [38]. Таким чином, механізм визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними угоди про працевлаштування відсутній, що ускладнює реалізацію у повній мірі процес забезпечення регіонів лікарями.

Законом України від 6 жовтня 2016 року № 1662-VIII “Про внесення змін до Закону України “Про вищу освіту” щодо працевлаштування випускників” “розподіл випускників вищих навчальних закладів, що належать до сфери їх управління, для подальшого (...) працевлаштування в заклади охорони здоров'я (для вищих медичних навчальних закладів) у межах державного замовлення” замінено на надання випускникам інформації “про наявність вакансій у складі юридичних осіб будь-якої форми власності та підпорядкування для можливого працевлаштування”. При цьому визначено, що “право на першочергове зарахування до вищих медичних (...) навчальних закладів за державним замовленням мають особи у разі укладення ними угоди про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості і селищах міського типу”. Водночас, “випускникам вищих медичних (...) навчальних закладів, які уклали угоди про відпрацювання протягом трьох років у сільській місцевості і селищах

міського типу, держава відповідно до законодавства забезпечує безоплатне користування житлом з опаленням і освітленням у межах встановлених норм” [37].

В теперішній час організацію набуття медичної освіти в Україні можна зобразити у вигляді схеми (рис.2.1).

28 березня 2018 року своєю постановою № 302 Кабінет Міністрів України затвердив Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я.



**Рис.2.1** Схема організації набуття медичної освіти в Україні  
(станом на грудень 2017 року)

Документ визначає основні організаційні засади безперервного процесу навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі.

Це дозволить підтримувати та покращувати стандарти їх професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я, та триватиме впродовж усього періоду професійної діяльності.

Нова система безперервного професійного розвитку забезпечить належний контроль якості атестації фахівців галузі знань “Охорона здоров'я” та поліпшить якість медичної допомоги українцям.

Важливим аспектом управління кадровими ресурсами у сфері охорони здоров'я більшості країн світу є фахове самоврядування. Ще у 1987 році в прийнятій 39-ою Всесвітньою Медичною Асамблеєю Мадридській декларації наголошено на необхідності самоврядування медичної професії, професійній автономії. Сформульовані нею основні принципи лікарського самоврядування спрямовані на якнайширше задоволення потреб пацієнтів та захист прав медичних працівників. Як наслідок, у всіх країнах – членах Європейського Союзу, прийняті закони, якими лікарському самоврядуванню передано цілий ряд важливих регулятивних функцій системи охорони здоров'я та окреслено основні організаційні засади професійної діяльності лікарів [10].

Так, вищими законодавчими органами наших сусідів прийняті – Закон Польщі “Про ізби лікарські” від 17 травня 1989 року, Закон Болгарії “Про корпоративну організацію лікарів і стоматологів” від 21 липня 1998 року, Закон Словаччини “Про Словацьку лікарську комору” від 3 грудня 1991 року, Закон Румунії 74/1995 – про *Asociata Medicala Romana*, Закон Албанії “Про лікарське упорядкування в Республіці Албанія” від 01 червня 2000 року. Органи лікарського самоврядування успішно діють більш як у 100 країнах світу, зокрема в США – *American Medical Association* з 1847 року, Швейцарії – *Federation des medecins suisses* з 1867 року, Норвегії – *Den Norske Legeforeningen* з 1886 року, Канаді – *The Medical Council of Canada* з 1912 року, Німеччині – *Bundesärztekammer* з 1947 року, Македонії – *Македонско ле-*

карско друштво з 1945, та 1996, Туреччині – Turk Tabipleri Birligi з 1973 року і навіть у Нігерії – Nigerian Medical Association з 1988 року [10].

Варто відзначити, що у дружній нам Польщі сейм уже ухвалив 16 законів щодо регулювання діяльності різних професійних самоврядних організацій.

В Україні, яка стоїть на порозі серйозного реформування системи охорони здоров'я, як майбутньому члену об'єднаної Європи, законодавче введення лікарського самоврядування є питанням найближчого часу. Існуюче протягом всього часу незалежності України, Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ), ведучи свою історію з 1910 року від Українського лікарського товариства у Львові та з 1917 року від лікарського товариства УНР веде тривалу активну роботу щодо впровадження лікарського самоврядування після прийняття відповідного Закону Верховною Радою України [10]. Наразі створена спільно з понад 50 лікарськими асоціаціями Національна лікарська рада, яка напрацювала проект відповідного закону.

Виходячи із світового та європейського досвіду головними завданнями лікарського самоврядування визначені:

- видача дозволів і нагляд за належним та сумлінним виконанням лікарської практики;
- інтеграція лікарського середовища у єдиний медичний простір;
- впровадження політики партнерства між системою охорони здоров'я, лікарями і пацієнтами;
- встановлення обов'язкових для всіх лікарів етичних і деонтологічних засад лікарської практики;
- вплив на стан здоров'я суспільства, політику охорони здоров'я держави та ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я;
- співпраця з науковими товариствами, вищими навчальними закладами в державі та за кордоном тощо.

Вищезазначені завдання лікарське самоврядування виконує через:

- надання права на здійснення лікарської практики;

- ведення реєстру лікарів;
- обговорення умов праці лікарів та її оплати;
- нагляд за належним і сумлінним виконанням лікарем його професійних обов'язків;
- випрацювання чітких критеріїв (індикаторів) якості надання медичної допомоги;
- притягнення лікарів до дисциплінарної відповідальності, аж до позбавлення права на здійснення лікарської практики;
- співпрацю у справах фахового удосконалення лікарів;
- проведення атестації і сертифікації лікарів, ліцензування видів медичної практики та участь у акредитації закладів охорони здоров'я;
- участь у проведенні конкурсів на заміщення інших керівних посад у службі охорони здоров'я;
- експертизу та обговорення нормативних документів органів влади, особливо тих, що стосуються змін у системі надання медичної допомоги та виконання лікарем його професійних функцій;
- здійснення контролю за використанням лікарських засобів і медичною рекламою;
- ухвалення принципів професійної етики та деонтології, обов'язкових для всіх лікарів, а також контроль за їх дотриманням;
- окреслення меж та контроль за дотриманням лікарської таємниці;
- співпраця з органами державної адміністрації, політичними організаціями, професійними спілками, а також з іншими громадськими організаціями у справах, що стосуються охорони здоров'я населення та умов виконання лікарем його професійних обов'язків;
- своєчасне забезпечення лікарів необхідною медичною інформацією;
- розробка національної стратегії системи інформування суспільства про події в системі охорони здоров'я;
- встановлення кваліфікації лікаря та надання права на медичну практику громадянам інших держав.

Фундаментальним і невід'ємним правом громадян у будь-якому вільному і демократичному суспільстві, є їхнє право встановлювати мету і завдання системи охорони здоров'я. Міжнародним співтовариством вже давно визнано, що цей шлях обов'язково приведе до підвищення довіри суспільства до системи охорони здоров'я та медиків. Передача повноважень лікарському самоврядуванню дозволить відродити представницьку демократію в такому важливому соціальному секторі, як охорона здоров'я, що обов'язково призведе до поліпшення функціонування системи охорони здоров'я в цілому. Введення лікарського самоврядування призведе до формування в лікарському співтоваристві і в суспільстві в цілому таких цивільно-правових відносин, при яких лікар нестиме персональну юридичну і фінансову відповідальність за результати своєї діяльності перед лікарським товариством, а лікарське товариство – за результати діяльності лікаря перед пацієнтами і державою [10].

Рекомендації Ради Європи пропонують урядам створювати сприятливі умови в юридичній і податковій системі для фінансування і керування неурядовими медичними організаціями, а бюджет охорони здоров'я, наскільки можливо, повинен включати статті для підтримки їхньої діяльності, що для України зараз є важкоздійсненним [10].

Намагаючись побудувати нову національну систему охорони здоров'я необхідно усвідомлювати і можливість спротиву тих, чий інтерес найбільше зачіпають пропоновані зміни. Як свідчить досвід усіх років незалежності саме теперішня “медична еліта”, яка з року в рік вимагає тільки збільшення фінансування галузі задля подальшого розкрадання бюджетних коштів, є головним гальмом будь-яких перетворень у охороні здоров'я. Кожен новий міністр охорони здоров'я, займаючи свою посаду, декларував необхідність змін, але жоден їх так і не запровадив. Потрібно розуміти, що без децентралізації управління охороною здоров'я через зміну командно-адміністративної на визнану у світі суспільно-адміністративну модель управління галуззю, без впровадження дієвого професійного лікарського самоврядування, очікувати покращень у медицині, відновити у суспільстві

довіру до медиків, здійснити соціально-економічний та правовий захист медиків – марно.

Лікарське товариство має відігравати провідну роль у системі громадського контролю охорони здоров'я, виконуючи при цьому освітню і юридичну функції. Виступаючи на захист лікарів і пацієнтів, товариство могло б взяти участь у встановленні стандартів в галузі медичної освіти, медичної практики і лікарської етики, а також сприяти підвищенню професійного рівня медичних працівників. Основними обов'язками товариства могли б стати забезпечення підготовки необхідної кількості кваліфікованих лікарів, підтримка високого рівня професійних знань, нагородження медичних працівників за особливі заслуги, допомога в здійсненні перепідготовки медичних кадрів, виконання регуляторних функцій [10].

Запровадження інституції лікарського самоврядування дозволить значно скоротити тіньовий обіг коштів у охороні здоров'я, позбавить пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій, різного ґатунку цілителів, забезпечить контроль за медичною рекламою, створить умови для прагнення з боку лікаря і медичної установи надавати якісну медичну допомогу, дасть практичне обґрунтування доцільності функціонування тих або інших установ охорони здоров'я, визначить потребу в лікарях різних спеціальностей, дозволить сформулювати ефективну систему страхування професійної відповідальності лікарів і медичного страхування громадян, успішно вирішувати інші важливі медико-соціальні проблеми.

Діяльність громадських та самоврядних організацій є реальним показником процесу становлення громадянського суспільства, демократизації політичної і соціальної системи держави. І чим результативнішою буде їхня робота, тим досконалішим і міцнішим буде ставати громадянське суспільство [10].

### **1.3. Соціально-економічні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я**

Нинішній стан соціально-економічних і політичних інституцій України потребує певного удосконалення, оскільки наявні дер-

жавні механізми з межих існуючої політичної системи держави не здатні усунути соціальні дисбаланси.

Вітчизняний трудовий потенціал залишається однією з головних конкурентних переваг української економіки та має розглядатися як один з ключових важелів динамічного відновлення економічного зростання. Ефективне використання трудового потенціалу вимагає концентрації зусиль навколо динамічного підвищення продуктивності праці, відтак – розвитку реального сектору економіки на основі його модернізації та оновлення основного капіталу.

Швидкий процес відновлення знань, істотна зміна технічних, інформаційних і організаційних умов сучасного виробництва обумовлюють необхідність підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів.

Сучасні підходи до кадрової політики і освіти (в тому числі і підвищенню кваліфікації) в інформаційному суспільстві докорінно відрізняються від тих, що мали місце в індустріальному суспільстві. Це питання отримало новий поштовх зі вступом України до СОТ, коли кожен спеціаліст має бути готовим до самостійної роботи в екстремальних ситуаціях, спілкуватися і говорити зі своїми зарубіжними колегами однією професійною мовою.

Щоденно змінюється ситуація на ринку праці. Вивільняються спеціалісти в одних галузях, і в той же час не вистачає спеціалістів в інших галузях. Ринок і держава повинні створювати умови для отримання нових знань, освоєння нових професій. А це вимагає вкладення коштів як роботодавцями і державою, так і самими працівниками, що залишились поза сферою професійної зайнятості.

Перед економікою України в цілому та економікою знань зокрема в рамках постіндустріальної моделі економічної системи постала низка питань:

- необхідність забезпечення взаємозв'язку між ринком освітніх послуг та ринком праці;
- приведення обсягів та якості професійної освіти і навчання у відповідності до потреб роботодавців;
- підвищення ролі соціальних партнерів, суб'єктів господарювання в реалізації стратегії навчання упродовж життя;



- упровадження компетентності підходу до кваліфікації та визнання результатів навчання.

Підготовка кадрів у передових за рівнем економічного розвитку країнах є важливим чинником економічного зростання. Консультативного комітету промислових досліджень комісії Європейського Союзу визначив, що кожна одиниця витрат на освіту дає економічний ефект на рівні 1,7–1,9 одиниць виробленого валового внутрішнього продукту (ВВП). Це зумовлено зростаючими вимогами роботодавців до компетенцій працівників; старінням робочої сили і зростанням питомої ваги саме тих працівників, які здобули професійну освіту багато років тому, і компетенції яких об'єктивно не відповідають сучасним вимогам.

Сьогодні перед Україною постають нові виклики. Відповідь на них є суттєвим фактором національної безпеки та конкурентоспроможності країни. Це не може зробити країна без належного кадрового потенціалу у всіх соціально-економічних сферах життєдіяльності.

На даному етапі функціонування суспільства одним із найважливіших факторів його розвитку була і залишається кадрова політика, яка визначає основний зміст і характер усіх видів соціального управління в Україні.

Тривалі об'єктивні та суб'єктивні труднощі призвели до серйозних кадрових проблем у роботі з керівниками державних підприємств, установ, організацій. Продовжується відтік висококваліфікованих, досвідчених кадрів.

Пріоритетом кадрової політики у сфері охорони здоров'я є:

- удосконалення системи аналізу, прогнозування соціальних процесів і трудових ресурсів;
- кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я відповідно до наявної потреби з урахуванням результатів медико-соціального та демографічного прогнозування;
- вирішення проблем розвитку медичного підприємництва, приватно-державного партнерства, забезпечення зайнятості та подолання безробіття;
- забезпечення соціальних гарантій праці, заробітної плати, прибутків.

Головна мета сучасної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення високого професіоналізму всіх ділянок трудової діяльності кваліфікованими, активно діючими, добросовісними медичними працівниками, здатними забезпечити якісними послугами з профілактики, діагностики та лікування населення України.

Сучасна кадрова політика підприємства (фірми, корпорації) має бути спрямована на ринкові умови господарювання.

У галузі склалася негативна ситуація щодо рівня заробітної плати медичних працівників, який протягом багатьох років залишається нижчим від рівня заробітної плати працівників промисловості та інших, хоча з 01 травня 2016 р. підвищено розмір посадового окладу (тарифної ставки) працівника 1-го тарифного розряду до 1185 грн., мінімальної заробітної плати – до 1450 грн. Відповідно до листа-роз'яснення МОЗ України № 10.1-18/Д-1/10/2888-16/26086 від 07.10.2016, першочергового вирішення потребує питання щодо підвищення ставки працівника 1-го тарифного розряду до розміру мінімальної заробітної плати (ст. 6 Закону України “Про оплату праці” та ст. 96 Кодексу законів про працю України) [29].

Разом з тим, вказані питання доцільно розглядати у взаємозв'язку з обсягом валового внутрішнього продукту, який перерозподіляється через зведений бюджет України, оскільки бюджетні видатки формуються у межах наявних ресурсів доходної частини бюджету, тому робота щодо поліпшення соціального захисту працівників галузі охорони здоров'я буде проводитися з урахуванням фінансових можливостей держави.

Стосовно збільшення обсягу фінансування галузі охорони здоров'я повідомляємо, що єдиним шляхом збільшення обсягу медичної субвенції з боку МОЗ України є видатки резервного фонду медичної субвенції у сумі 433 115,0 тис. грн., а також видатки для територій Донецької та Луганської областей, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, у сумі 434 367,8 тис. грн. [22].

Міністерством охорони здоров'я України розроблено та направлено на погодження до зацікавлених центральних органів

виконавчої влади відповідні проекти розпоряджень Кабінету Міністрів України, однак Міністерство фінансів України не погодило такі проекти, зазначивши, що розподіл резерву та перерозподіл нерозподілених видатків медичної субвенції до проведення відповідними місцевими органами влади дієвих заходів щодо оптимізації та упорядкування мережі закладів охорони здоров'я є передчасним (лист від 04.08.2016 р. № 31-09020-07-5/22753) [29].

У нас побутує думка про надлишок лікарів, зокрема, це стало тезою політичних заяв, у тому числі фінансистів, які висловлюють сподівання, що зменшення їх кількості допоможе зменшити рівень фінансових витрат. Проте в Україні статистика враховує усіх працівників галузі з дипломами про вищу медичну освіту (у тому числі керівників, гігієністів, статистиків тощо), а у світі – лише практикуючих лікарів.

Звідси – розбіжності у статистичних показниках й уявний “надлишок” медичних працівників в Україні. Якщо орієнтуватися на забезпеченість практикуючими лікарями, то в Україні немає надлишку лікарського персоналу. Згідно з Європейською базою даних “Здоров'я для всіх” в Україні 31,5 лікарів на 10 тис. населення, у Європейському регіоні – 32,3, зокрема в країнах ЄС – 34,9. У Східній та Центральній Європі показники нижчі – приблизно 28 лікарів на 10 тис. населення, але не тому, що вони цього прагнули. Навпаки, це – наслідок трудової міграції, тож у згаданих регіонах (наприклад, у Польщі) готові заповнити кадрову нішу в медичній галузі у тому числі й за рахунок медиків з України [22].

Саме тому важливою проблемою, пов'язаною з незадовільними соціальними гарантіями медикам, загрожує стати їх еміграція до інших країн. За даними профспілки медпрацівників України, щорічно країну покидають 6 тисяч лікарів. Офіційна статистика щодо цього наразі відсутня. За даними Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України, лікарі, що покидають країну, проходять у графі “інші”. Таких – 4,2% усіх трудових мігрантів за півтора роки (2007–2008 рр.), коли проводилося останнє повноцінне дослідження, а це приблизно 50,5 тисяч “інших” фахівців [49].

Працівники медичної сфери, які вже мають хоча б декілька років професійного стажу, але не володіють англійською мовою, найчастіше їдуть в країни Африки і на Мальдіви. Там вони в середньому заробляють 4000\$, забезпечені житлом і мають соціальний пакет.

Значно важче дається українським медикам офіційна робота в Німеччині, Австрії, Швеції та інших країнах Європи. Щоб підтвердити свої професійні знання та вміння, потрібно здати екзамен. Враховуючи вартість перельотів, підготовки, курсів, ціну самого іспиту, підтвердження фаху в деяких випадках може коштувати до 10000\$. Після здачі іспитів наші медики повинні зареєструватися в медичній раді і отримати ліцензію на роботу. І лише тоді український лікар може виконувати свої професійні обов'язки. Деякі європейські країни, які мають дефіцит працівників медичної сфери, розробляють вигідні програми для залучення фахівців з інших країн. Саме так багато українських лікарів виїхало в Данію і Англію. Останніми роками для наших медиків стала більш доступною робота в Німеччині. Уряд ФРН спростив процедуру реєстрації, що суттєво полегшило можливості працевлаштування.

Після підписання Шенгенського договору почався стрімкий відтік польських медиків у країни Західної Європи. З цієї причини уряд Польщі вирішив почати співпрацю з Україною. Лікаря, який пройшов процедуру легалізації освіти, склав іспити та отримав ліцензію в регіональній медичній палаті, надається офіційна робота в Польщі. [24].

Для ефективної реалізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я України вважаємо за доцільне:

- Розроблення середньострокового та довгострокового державного плану та балансу підготовки кадрів з урахуванням тенденцій формування робочої сили, яка за чисельністю професійного складу, освітньо-кваліфікаційним рівнем відповідає перспективним потребам розвитку галузі, а також територіальних ринків праці.
- Перегляд старих методів і розробка нових підходів до виконання програми виробничої практики студентів сту-

дентів профільних ВНЗ у напрямку можливості подальшого працевлаштування молодих спеціалістів.

- Впровадження системи “наставництва”, що дасть можливість досвідченим працівникам навчати молоді кадри, адаптуючи їх до виробничих умов.
- Впровадження на законодавчому рівні чітких гарантій відшкодування працівником підприємству коштів, витрачених на його навчання, у разі дострокового переривання трудової угоди з боку працівника підвищуючи, таким чином, взаємну відповідальність роботодавця і працівника.
- З метою вирішення проблеми кадрового забезпечення необхідне укладення між відповідними регулюючими державними органами, підприємствами промислової та будівельної галузей, а також спеціалізованими профільними навчальними закладами міжгалузевої багатосторонньої угоди, що надасть можливість самим підприємствам впливати на напрямки і склад підготовки кадрів для своїх потреб;
- З метою удосконалення системи працевлаштування випускників вищих навчальних закладів I–IV рівнів акредитації шляхом продовження квотування місць на підготовку кадрів щодо областей і районів, а також посилення в цьому питанні ролі служби зайнятості, створення відповідно до чинного законодавства сучасної системи державного розподілу фахівців; розроблення заходів щодо створення умов для підвищення доходів зайнятих в соціально-економічній сфері, а також щодо розвитку соціальної сфери в тому числі шляхом пільгового довгострокового кредитування забудовників, за умови надання ними визначеної частки житла в якості соціального для медичних працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я;
- Розроблення та впровадження в дію механізму відшкодування коштів до державного бюджету від молодих спеціалістів, які навчалися у вищих навчальних закладах на бюджетній основі, а після закінчення навчання не прибули для працевлаштування на виробництво.

- Розроблення та впровадження автоматизованої інформаційної системи для забезпечення відбору, навчання, оцінки професійної компетентності кадрів, у тому числі психологічної;
- Організація мережевої взаємодії медичних освітніх установ, органів та закладів охорони здоров'я для розвитку мобільності у сфері освіти та науки, удосконалення інформаційного обміну та сприяння прийняттю управлінських рішень;
- Удосконалення системи управління медичною освітою та підготовкою кадрів на основі удосконалення інформаційно-комунікативних технологій в рамках єдиного освітнього простору;
- Розроблення та впровадження моделей безперервної професійної медичної освіти, що забезпечує кожній людині формування індивідуальної освітньої траєкторії для подальшого професійного, кар'єрного і особистісного росту;
- Впровадження нового переліку напрямів підготовки (спеціальностей) та професійної медичної освіти, а також відповідних державних освітніх стандартів, розроблених з метою формування освітніх програм, адекватних світовим тенденціям, потребам ринку праці і особистості, інноваційному шляху розвитку економіки;
- Впровадження нових освітніх технологій і принципів організації навчального процесу, які забезпечують реалізацію нових моделей і змісту безперервної професійної освіти;
- Організація та здійснення конкурсного відбору освітніх установ для здійснення навчання у системі вищої та професійної освіти, а також у системі професійної перепідготовки, підвищення кваліфікації кадрів;
- Удосконалення механізму державного і регіонального замовлення на основі механізмів контрактації з гарантуванням подальшого працевлаштування випускників за одержаною професією; при цьому обсяг підготовки кадрів щорічно має затверджуватися постановою уряду, ґрунтуючись на середньостроковому та довгостроковому державному плані підготовки кадрів;

- Передбачити економічні заходи в частині відшкодування витрат на навчання до бюджету відповідного рівня при відмові від працевлаштування за державним направленням випускників вищих навчальних закладів, а також аспірантури, докторантури;
- Здійснення фінансового забезпечення підготовки кадрів на основі нормативів фінансування на одну особу, затверджених відповідним органом виконавчої влади по кожній спеціальності;
- Розроблення механізмів стимулювання соціальної відповідальності бізнесу, в частині забезпечення формування, розвитку та відтворення трудових ресурсів підприємств;
- Удосконалення механізму функціонування сучасної професійної орієнтації і спеціалізації медичних кадрів.

Ефективне виконання державою своїх функцій неможливе без професійних кадрів, які є головним потенціалом країни. Дієва кадрова політика є одним із потужних інструментів реформування, вона визначає місце і роль кадрів у суспільстві, мету, завдання, найважливіші напрями і принципи роботи державних структур з кадрами, головні критерії їх оцінки, шляхи удосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників, раціональне використання кадрового потенціалу України. Адже саме від наявності кадрів, їхнього професіоналізму, у першу чергу, залежать якість та своєчасність надання медичної допомоги. Тому вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ [26, 27].

Крім того, медичні кадри розглядаються як стратегічний капітал, і 70 % усіх капіталовкладень в галузь охорони здоров'я у світі спрямовуються саме на кадрове забезпечення. Натомість стан кадрового забезпечення галузі залишається складним і потребує дієвого удосконалення у процесі провадження реформ. Нині на перший план виходить потреба підготовки якісно нової генерації медиків. Знаменно, що необхідність такого підходу у вирішенні кадрового питання декларувалася вже в 1931 році засновником біоекономіки С.А.Томіліним: “Безсумнівно, що част-

кові реформи у викладанні на медичних факультетах дещо розсунули вузький горизонт терапевтичного мислення лікаря, але, принаймні, досі вони не змінили докорінно, якщо можна так висловитися, медичного світогляду лікаря, в центрі якого знаходиться терапія, а на далекій периферії – смутні обриси профілактики. Соціальна обстановка наявного життя вимагає зовсім іншого типу лікаря, в центрі прагнень якого була б профілактика, облямована терапією” [54].

На сьогодні вітчизняна галузь охорони здоров'я потребує креативних фахівців, які володіють сучасними лікувально-діагностичними технологіями, з розвинутим профілактичним світоглядом. Реформа охорони здоров'я передбачає реорганізацію первинної ланки до 2020 року із наданням пріоритету лікарям загальної практики – сімейної медицини із поступовою перепідготовкою дільничних терапевтів та педіатрів.

Завдання таких фахівців забезпечити доступність до населення медичної допомоги на первинному рівні, де зосереджені основна маса пацієнтів, але не диспетчерські функції для вторинної ланки, оскільки таке спрощене розуміння завдань сімейної медицини може знівелювати саму суть реформування галузі [45, 50].

Відповідно до сказаного вище, становлення та розвиток соціальної держави України забезпечується наступними пріоритетами: гарантуванням конституційних прав і свобод людини і громадянина; розвитком громадянського суспільства, його демократичних інститутів; зміцненням політичної і соціальної стабільності в суспільстві; створенням конкурентоспроможної, соціально орієнтованої ринкової економіки та забезпеченням постійно зростаючого рівня життя й добробуту населення; розвитком духовності, моральних засад, інтелектуального потенціалу Українського народу, зміцненням фізичного здоров'я нації, створенням умов для розширеного відтворення населення.

На кожному етапі свого розвитку соціальна держава визначає пріоритети щодо реалізації установлених принципів, виходячи із ступеня гостроти найважливіших соціально-економічних та політичних проблем; проблемного бачення значних протиріч



історичної ситуації, що склалася, вирішення яких буде сприяти переходу суспільства на якісно новий рівень соціально-економічного розвитку, що базується на демократичних принципах та правових нормах.

На сучасному етапі становлення соціальної держави України стратегічними пріоритетами по сферах діяльності виступають: політика доходів населення; зайнятості населення; соціальної безпеки та соціального захисту населення; охорони здоров'я населення; демографічного розвитку; соціокультурного середовища; систем життєзабезпечення населення.

*У сфері політики доходів населення:* забезпечення зростання реальної заробітної плати; встановлення державних гарантій оплати праці; недопущення отримання заробітної плати нижче прожиткового мінімуму визначеного державою.

*У сфері зайнятості населення:* забезпечення громадянам України можливості працювати на умовах вільного вибору професії, повної і продуктивної зайнятості; захист трудових прав та інтересів працівників через систему соціального партнерства.

*У сфері соціальної безпеки та соціального захисту населення:* створення ефективної, реально діючої системи соціальної безпеки та соціального захисту населення від соціальних ризиків та загроз; розробка та прийняття закону України "Про основи соціальної безпеки в Україні"; вдосконалення системи пенсійного забезпечення та реформування системи соціального страхування; здійснення реального соціального захисту сім'ї, материнства, молоді, інвалідів та інших слабо захищених верств населення.

*У сфері охорони здоров'я населення:* створення умов для розвитку медичної науки; удосконалення системи невідкладної медичної допомоги з метою наближення її до світових стандартів, розвитку інституту сімейного лікаря; розвиток та вдосконалення адресної дотації для пільгового забезпечення ліками громадян за соціально-медичними показниками; ефективного використання баз санаторно-курортного оздоровлення; впровадження державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я та дотримання гарантованого рівня державної безоплатної

медичної допомоги; розробка та прийняття закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування”.

*У сфері демографічного розвитку:* розробка та вдосконалення основних напрямків демографічної політики, спрямованої на зменшення депопуляції населення України; вдосконалення законодавчої бази України стосовно демографічного розвитку та демографічної безпеки держави.

*У сфері соціокультурного середовища:* вдосконалення системи розвитку освіти, закладів культури і науки; збереження та пропагування національної культури, мови, традицій, як на території України так і за кордоном; толерантне ставлення до мови, традицій і культури інших народів, націй і народностей, які населяють Україну.

*У сфері життєзабезпечення населення:* збереження, відновлення та примноження житлового фонду; створення фонду соціального житла; поліпшення якості та рівня благоустрою житла; розвиток комунального господарства, засобів транспорту і зв’язку; створення нормальних умов життя в населених пунктах (газифікація, телефонізація), що не мають постійно діючих комунікацій з основною територією країни; розвиток дієвих та привабливих умов для кредитування стосовно придбання житла [21].

Головною метою кадрової політики в соціально-гуманітарній сфері, частиною якої є сфера охорони здоров’я, є реформування ринку праці, створення адресної системи матеріальної допомоги, реформування медичного обслуговування та гарантування найважливіших прав особистості, зокрема захист трудових прав громадян, захист прав споживачів, соціальний захист безробітних, охорони праці та безпечної життєдіяльності, виходячи із основного завдання держави – збалансування свободи ринкової економіки із забезпеченням фізичної, юридичної та соціальної захищеності громадян.

Основними цілями кадрової політики в соціально-гуманітарній сфері є:

- Забезпечення гарантованих Конституцією України прав і свобод громадян на основі впровадження європейських стандартів соціального захисту, підвищення якості соціальних послуг.

- Надання громадянам упродовж усього життя соціальних гарантій на основі вдосконалення системи соціальних стандартів і пільг.
- Досягнення ефективного демографічного розвитку.
- Поліпшення соціального захисту дітей, утвердження духовно і фізично здорової, матеріально забезпеченої та соціально благополучної сім'ї.
- Сприяння молоді в реалізації творчих можливостей та ініціатив, залучення її до активної участі в соціальному, економічному та гуманітарному розвитку держави.
- Забезпечення доступним житлом громадян, насамперед малозабезпечених, з обмеженими фізичними можливостями, молоді, працівників бюджетної сфери, формування потужного державного замовлення на будівництво соціального житла, відродження доступного іпотечного кредитування.
- Трансформація державної політики у сфері зайнятості та ринку праці, в тому числі шляхом розвитку партнерства між роботодавцями і найманими працівниками, власниками підприємств, установ, організацій та професійними спілками.
- Подолання бідності і зменшення соціального розшарування, зокрема, шляхом сприяння самозайнятості населення, розвитку малого та середнього бізнесу, недопущення виникнення заборгованості із заробітної плати на підприємствах, в установах, організаціях усіх форм власності.
- Забезпечення державних гарантій щодо реалізації соціальних прав працівників підприємств, установ, організацій усіх форм власності, забезпечення молоді першим робочим місцем.
- Забезпечення захисту прав громадян України, які працюють за кордоном, та сприяння їх поверненню в Україну.
- Поетапне погашення зобов'язань держави за знеціненими заощадженнями громадян.
- Удосконалення системи пенсійного забезпечення, створення умов для гідного життя людей похилого віку, сти-

мулювання розвитку недержавної системи пенсійного страхування.

- Забезпечення розміру соціальних виплат, які є основним джерелом доходів, на рівні не нижчому за прожитковий мінімум, удосконалення системи підтримки соціально незахищених верств населення.
- Подолання бездомності громадян, безпритульності та бездоглядності дітей.

Для реалізації кадрової політики в соціально-гуманітарній сфері доцільно здійснити наступні першочергові кроки:

- Забезпечити зростання реальної заробітної плати; встановити державні гарантії оплати праці; не допускати отримання заробітної плати нижче прожиткового мінімуму визначеного державою.
- Забезпечити громадянам України можливості працювати на умовах вільного вибору професії, повної і продуктивної зайнятості; захист трудових прав та інтересів працівників через систему соціального партнерства.
- Створити ефективну, реально діючу систему соціальної безпеки та соціального захисту населення від соціальних ризиків та загроз; розробити та прийняти закон України “Про основи соціальної безпеки в Україні”; вдосконалити систему пенсійного забезпечення та реформувати систему соціального страхування; здійснити реальний соціальний захист сім’ї, материнства, молоді, інвалідів та інших слабо захищених верств населення.
- Створити умови для розвитку медичної науки; удосконалити систему невідкладної медичної допомоги з метою наближення її до світових стандартів, розвитку інституту сімейного лікаря; вдосконалити адресну дотацію для пільгового забезпечення ліками громадян за соціально-медичними показниками; забезпечити ефективне використання баз санаторно-курортного оздоровлення; впровадити державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров’я; розробити та прийняти Закон України “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування”.

- Розробити та вдосконалити основні напрями демографічної політики, спрямованої на зменшення депопуляції населення України; вдосконалити законодавчу базу України стосовно демографічного розвитку та демографічної безпеки держави.
- Вдосконалити систему розвитку освіти, закладів культури і науки; забезпечити збереження та пропагування національної культури, мови, традицій, як на території України так і за кордоном; толерантне ставлення до мови, традицій і культури інших народів, націй і народностей, які населяють Україну.
- Забезпечити збереження, відновлення та примноження житлового фонду; створити фонд соціального житла; поліпшити якість та рівень благоустрою житла; розвиток комунального господарства, засобів транспорту і зв'язку; створити нормальні умови життя в населених пунктах (газифікація, телефонізація), що не мають постійно діючих комунікацій з основною територією країни; розвиток дієвих та привабливих умов для кредитування стосовно придбання житла [21]

З огляду на вищезазначене, *стратегічними цілями* кадрової політики у сфері охорони здоров'я є:

- у соціальному аспекті – досягнення високого рівня розвитку людського потенціалу держави, забезпечення рівня популяційного здоров'я, що підтверджуватиметься високими рівнями індексу людського розвитку та індексу здоров'я; задоволення очікувань медичних працівників щодо професійної самореалізації, гідних умов праці, у тому числі її оплати;
- в економічному аспекті – на забезпечення сфери охорони здоров'я кваліфікованими кадрами, підвищення рівня добробуту населення, конкурентоспроможності держави в цілому та на міжнародному ринку надання медичних послуг;
- в інституційному аспекті – на вдосконалення нормативно-правової бази з метою запровадження новітніх підходів у

кадровому менеджменті у сфері охорони здоров'я з урахуванням вимог Європейського Союзу;

- в організаційному аспекті – на розбудову системи управління трудовими ресурсами у сфері охорони здоров'я на засадах соціального діалогу та партнерства держави і суб'єктів підприємницької діяльності.

*Операційними цілями* реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я доцільно визначити:

- удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;
- запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками;
- реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні “лікар – медичний працівник середньої ланки” шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;
- реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з інформатики охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я, спеціаліст з громадського здоров'я; розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики;
- розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;
- удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізацію програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу в лікарях у державі.

Український досвід формування та реалізації державної кадрової політики пов'язаний з подальшим удосконаленням нормативно-правового забезпечення та створенням сучасної системи державної кадрової політики. Протягом останніх років в Україні оновлюється та уніфікується законодавство; здійснюється стратегічне управління державною кадровою політикою; впроваджуються система управління результативністю та функціональне управління; реформується система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів, оптимізується мережа навчальних закладів усіх рівнів, функціонує система державного замовлення відповідно до потреб ринку праці; з'являються нові форми здобуття освіти; модернізується система профорієнтації, формується мережа центрів професійної орієнтації тощо.

Разом з тим залишається низка не вирішених проблем. Це, насамперед, стосується питань створення загальнонаціональної кадрової системи та її складових – регіональних кадрових підсистем, орієнтованих на пріоритети регіонального розвитку; розроблення та впровадження системи моніторингу людського розвитку, зокрема кадрових ресурсів; удосконалення системи захисту професійних інтересів та прав працівників, передусім через залучення профспілок, асоціацій роботодавців, трудових колективів до розроблення та реалізації кадрової політики; детінізація ринку праці, усунення зловживань при найманні працівників, організації трудового процесу та оплати праці; створення системи й технологій залучення інвестицій у людський розвиток; удосконалення національної системи професійної підготовки з урахуванням реальних кадрових потреб у сфері державного управління та ключових галузей економіки.

Актуальною є проблема подолання кадрових деформацій в органах державної влади, органах місцевого самоврядування і, передусім, забезпечення захисту прав людини та формування антикорупційних механізмів у кадровій сфері. Йдеться про реалізацію конституційних положень щодо рівного права на доступ до державної служби та служби в органах місцевого самоврядування, на кар'єрне просування на основі заслуг; подолання

корупційної практики, номенклатурної закритості кар'єри, суб'єктивності кадрових призначень, подвійних стандартів тощо.

У зв'язку з цим назріла нагальна потреба у зміні управлінської парадигми у сфері державної кадрової політики, розробці моделі сталої, дійової кадрової системи, упровадженні нових кадрових технологій. Серед проблем, які потребують невідкладного вирішення, слід назвати такі.

- Невідповідність кадрової політики вимогам трансформаційних процесів у державі. Значна частина наявного кадрового корпусу не готова до роботи в умовах сьогодення і на перспективу, насамперед з огляду на нездатність аналізувати, розробляти, відстоювати, реалізовувати, вчасно коригувати управлінські рішення, повною мірою відповідати за доручену справу.
- Недосконалість законодавчої бази, яка не надає кадровим процесам правової обґрунтованості, урегульованості та захищеності, не враховує європейські стандарти в кадровій сфері.
- Відсутність стратегічного управління щодо підготовки кадрів відповідно до потреб суспільства, яке передбачає кваліфіковане прогнозування, планування, постійне оцінювання кадрової ситуації в країні. Необхідно впроваджувати системний підхід до управління всіма ланками кадрової сфери, починаючи від профорієнтації молоді, профвідбору, профпідготовки і закінчуючи технологіями професійного розвитку на робочому місці.
- Нерозвиненість кадрових інститутів, непорядкованість, слабка функціональна визначеність кадрових структур, недостатня кваліфікація персоналу кадрових служб, що призводить до неефективності, неузгодженості підходів у кадровому менеджменті на всіх рівнях. Такий стан перешкоджає активній професіоналізації багатьох видів економічної діяльності, професійній самореалізації людей практично в усіх сферах суспільного виробництва. Державна кадрова політика має спиратися на потужну кадрову систему, сучасні кадрові технології.



- Наявність розриву, певного професійного вакууму між поколіннями кадрового корпусу державного управління. До управління приходять покоління, яке формується в умовах незалежної держави, демократизації, становлення ринкової економіки, світової інтеграції. Йому властиві здоровий прагматизм, амбітність, нестандартність мислення. Водночас молодому поколінню бракує досвіду, який має старше покоління управлінців. Необхідно забезпечити неперервність професійного розвитку кадрової сфери, оптимальне поєднання досвідчених і молодих працівників, розробити обґрунтовану програму підготовки резерву кадрів в усіх галузях суспільної діяльності.
- Недостатнє застосування наукових підходів, результатів наукових досліджень при виробленні та реалізації державної кадрової політики. Сфера наукового знання є дуже динамічною, тому наукове обґрунтування має бути постійним, обов'язковим процесом здійснення державного управління, зокрема у сфері кадрової політики.

До проблем формування кадрової політики належать недостатність чітких уявлень щодо пріоритетів розвитку соціально-економічної сфери держави і затримка низки суспільно-політичних реформ у різних сферах життєдіяльності держави (адміністративна, адміністративно-територіальна, судова, економічна реформи тощо) через відсутність системності в законодавчому забезпеченні цих реформ. Як наслідок виникли проблеми, пов'язані із:

- відсутністю законодавчо визнаного відповідального координатора комплексу реформ, що призвело до появи локальних державних програм з низькою ефективністю реалізації і перевантаженням державного бюджету другорядними завданнями;
- деформаціями в освітній галузі, регулювання якої є складовою національної безпеки і має впливати із загальнодержавних пріоритетів і оцінки ринку праці в країні;
- відсутністю моніторингу потреб у фахівцях з відповідним кваліфікаційним рівнем підготовки у всіх секторах економіки і сферах забезпечення життєдіяльності держави;

- недостатнім правовим та соціальним захистом працюючих як у державному, так і в приватному секторах, від політичних і кон'юнктурних впливів владних інститутів, процесів, породжених світовою економічною кризою, що створює ризик підвищення рівня безробіття;
- недостатньою увагою роботодавців до вчасного поновлення професіоналізму працівників, що спричиняє неконкурентоспроможність товарів і послуг.

За умов глобалізації постає проблема ментальної, професійної, нормативно-правової сумісності кадрової сфери України та інших країн, особливо лідерів світової економіки.

На відміну від України за останні кілька десятиліть багато держав приділяють найсерйознішу увагу стратегічним питанням формування і реалізації державної кадрової політики. Можна виділити універсальні для більшості провідних країни проблеми удосконалення кадрової політики.

По-перше, модернізація системи управління, метою якої стає оцінка результатів адміністративної діяльності. Успіхи різних країн у цьому напрямі різні, але спостерігається загальна тенденція: основна увага приділяється досягнутим результатам, а не витраченим зусиллям, упроваджуються нові технології бухгалтерського обліку та методи оцінки ефективності, властиві приватному сектору.

По-друге, посилення динаміки управління людськими ресурсами: гнучке застосування статусних положень і норм трудового права, диференційований підхід до оплати праці залежно від результату, мотивація працівників на досягнення результату адміністрацією через покладання на них додаткової відповідальності, пошук ефективних методів роботи.

По-третє, спрощення та модернізація адміністративних структур: їх опора на спеціальні агентства, керовані за типом приватних підприємств, широке використання механізмів контрактного управління, внутрішнього і зовнішнього аудиту, поліпшення якості надаваних послуг, приділення першочергової уваги задоволенню потреб відвідувачів-клієнтів, реформа центральних адміністрацій, спрощення адміністративних процедур, розвиток електронних засобів інформації та комунікації.

Стан щодо кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я у світі експерти ВООЗ характеризують на теперішній час як глобальну кризу. Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку та наступних за ними Цілей сталого розвитку.

До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я відносять наступні:

- Зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.)
- Зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я.
- Виражена неоднорідність в географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер; дисбаланс фахівців – загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.)
- Відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах охорони здоров'я.
- Недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров'я (КРОЗ).
- Загальні проблеми КРОЗ (дефіцит медичних кадрів, дисбаланс практичних навичок в залежності від інтенсивності навантаження лікарською практикою, нерівномірний розподіл медичних кадрів, незадовільні умови робочого середовища, трудова міграція медичних кадрів) [1].

Виділяються такі проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я:

- складність структури кадрових ресурсів: за оцінками ВООЗ, підготовленими на основі результатів національних переписів, обстежень трудових ресурсів і статистичних джерел, на теперішній час у світі налічується понад

59 мільйонів медико-санітарних працівників, зайнятих повний робочий день. До цих працівників належать ті з них, основна функція яких полягає у зміцненні здоров'я плюс медико-санітарні працівники, зайняті в організаціях, що не входять в систему охорони здоров'я (такі, як медичні сестри, зараховані в штат тієї чи іншої компанії або шкільної амбулаторії тощо). Складну структуру кадрів сфери охорони здоров'я підтверджує й номенклатурний перелік профілів лише суто медичної та фармацевтичної діяльності сфери охорони здоров'я, (у Європейських країнах – понад 53 одиниці спеціалізації, в Україні лише лікарських спеціальностей – 123). Складна структура кадрів сфери охорони здоров'я ускладнює механізми планування потреб в кадрах. Адже облік даної категорії трудових ресурсів важливий як з точки зору розвитку власне сфери охорони здоров'я, так і з точки зору побудови стратегії розвитку кадрової політики і формування механізмів забезпечення кадрами, в залежності від потреб в тих чи інших фахівцях сфери охорони здоров'я.

- проблеми статистичного обліку медичних кадрів. Існуюча статистична база медичних кадрів не в повній мірі враховує складну кадрову структуру галузі. Відповідно, неповна (або викривлена) статистична інформація, щодо кадрового забезпечення галузі, призводить до неефективного планування підготовки та перепідготовки медичних кадрів. Недоліки статистичної звітності та відсутність загальноприйнятих визначень і аналітичних інструментів ускладнюють завдання проведення моніторингу кадрових ресурсів охорони здоров'я на будь-якому рівні – від глобального і регіонального до національного та місцевого.
- дефіцит кадрів. Дефіцит кадрів охорони здоров'я у світі складає близько 2,3 мільйона лікарів, медсестер і акушерок і понад 4 мільйона працівників охорони здоров'я в цілому. У деяких регіонах світу, особливо в країнах Африки на південь від Сахари, для подолання кризи чисельність наявних кадрів охорони здоров'я має бути збільшена май-

- же на 140 %. Для покриття кадрового дефіциту у світі потрібно, як мінімум, 4,25 млн. працівників сфери охорони здоров'я (2,36 млн. медичних працівників і 1,89 млн. адміністративних працівників та спеціалістів немедичного профілю). Згідно статистичних даних, в цілому на 10000 населення земної кулі, припадає 13 лікарів. Причому існують значні коливання по регіонах. Так, в країнах Африки на 10000 населення припадає лише 2 лікарів, тоді як в Європі – 32. Розбіжності є і в забезпеченості середнім медичним персоналом: на 10000 населення припадає 28 медичних сестер і акушерок, при цьому найменше – в Африці – 11, а в Європі – 79 на 1000 населення.
- співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів. За даними ВООЗ, оптимальне співвідношення становить 4 до 1. Таке внутрішньокадрове співвідношення мають такі країни як Канада, Сполучені Штати Америки, тоді як в деяких регіонах цей показник варіює в межах від 8:1 – в Африці, до 1,5:1 – в регіоні Західної частини Тихого океану, а в таких країнах як Мексика, Перу, Сальвадор і Чилі на одного лікаря припадає менше однієї медсестри. Європейський регіон також має відповідні проблеми кадрового забезпечення. За даними ВООЗ, кількість лікарів на 10 тис. населення в середньому в Європі становить 36, в країнах Східної Європи – 33,2. Середній показник для країн СНД – 46. (В Україні показник забезпеченості практикуючими лікарями становить 26,5 на 10 тис. населення). Аналіз по окремих країнах показує виражену нерівномірність (як в географічному розподілі, так і в професійній структурі) між окремими країнами даного регіону. За даними ВООЗ, в регіоні спостерігається великий розрив у забезпеченості медичними кадрами на 1000 населення: співвідношення між країнами з найбільш низькою і найбільш високою чисельністю складають: 1:6 для лікарів, 1:10 для стоматологів, 1:50 для фармацевтів, 1:8 для медсестер і 1:12 для акушерок. – Нерівномірність у розподілі медичних кадрів, географіч-

ний дисбаланс. Майже усі країни світу потерпають від нерівномірного територіального розподілу медичних працівників, які, як правило, сконцентровані в міських районах і вкрай слабо – в сільських. Така ситуація, як вказують експерти ВООЗ, має значне поширення і являє собою серйозну проблему в галузі забезпечення медико-санітарних послуг на національному рівні. Разом з тим його вплив проявляється найбільш відчутно в країнах з низьким рівнем доходів. Цьому є дві причини: одна полягає в тому, що багато з цих країн вже й так потерпають від гострої нестачі працівників охорони здоров'я у всіх районах, а інша – у тому, що частка населення, що проживає в сільських районах, як правило, більш значна в найбідніших країнах, ніж у багатих.

Нерівномірний розподіл є однією із найбільш актуальних і складних у вирішенні проблем організації кадрового забезпечення, оскільки стосується питань загального охоплення населення медико-санітарною допомогою, професійної підготовки, подальшої кваліфікації, трудової міграції (не лише внутрішньої, але й зовнішньої), міжгалузевих проблем соціально-економічного розвитку сільської місцевості тощо.

- зростання мобільності (незапланована міграція). На сьогодні, за наявними даними, всі країни світу є частиною загального ринку праці, однією із характеристик якого є збільшення внутрішньої і міжнародної професійної мобільності працівників сфери охорони здоров'я. Слід зазначити, що міграція (як внутрішня, так і зовнішня) працівників сфери охорони здоров'я існувала завжди. Проте в останні роки міграційні процеси значно активізувалися, особливо у Європі, адже стимулювання трудової міграції є ключовим моментом політики ЄС, заснованої на принципі вільного пересування людей відповідно до вимог єдиного європейського ринку. При існуючому розриві між доходами в “старих” країнах ЄС і “нових” країнах Східної та Центральної Європи, значно активувався процес найму медсестер, лікарів та інших працівників охорони здоров'я “но-

вих” країн ЄС “старими” країнами ЄС. Це, у свою чергу, тягне за собою поживавлення трудової міграції з країн пострадянського простору до “нових” країн ЄС. Адже незадовільні умови праці в цих країнах у поєднанні із значно кращими умовами праці і вищими заробітними платами в більш багатих країнах, сприяють тому, що тисячі медичних працівників виїждять із своєї країни з метою трудової міграції.

- умови праці, відсутність мотивації. Як вже зазначалось, ефективність роботи системи охорони здоров'я в першу чергу залежить від продуктивності праці, рівня підготовки її працівників, раціонального використання кадрів і їхньої мотивації до роботи. Тому міжнародна спільнота, фахівці ВООЗ останнім часом приділяють багато уваги саме проблемам робочого середовища медичних працівників, вказуючи на те, що заходи щодо створення сприятливого робочого середовища відіграють ключову роль в забезпеченні як достатньої кількості кадрів охорони здоров'я, так і високої якості, продуктивності і мотивації цих кадрів. Це питання стає дедалі актуальнішим у зв'язку з тим, що економічна криза значно погіршила мотиваційні складові. Так, наприклад, Болгарія та Угорщина заморозили заробітну плату в державних лікарнях. Угорщина скасувала виплати щорічної тринадцятої зарплати. Ірландія і Литва також розглядають можливість зниження оплати праці. Тобто, вимоги і навантаження зростають, а заробітні плати, інші мотиваційні чинники знижуються, що викликає обґрунтований протест працівників сфери охорони здоров'я у всьому світі.
- обмежені можливості в регулюванні та управлінні та слабка інформаційна база з кадрів. Однією із визначальних проблем є відсутність або неналежний рівень систем моніторингу складових вищезазначених проблем, що вкрай необхідно для розробки кадрової політики, планування, проведення програм та звітності. Основними проблемними моментами при цьому є наступне: – у різних країнах ви-

користуються різні системи класифікації медичного персоналу, його обов'язків, що майже не дає можливості проводити порівняльний аналіз між країнами; – відсутні узгоджені стандарти для збору даних, а достовірність та надійність даних досить нерівномірна; – відсутня система збору своєчасної, достовірної, актуальної статистичної інформації по віковій структурі трудових ресурсів СОЗ, участі в ринку праці, тривалості робочого дня, продуктивності роботи, оплати праці, інституційного та географічного розподілу, а також розподілу за типом і рівнем послуг як в державному, так і в приватному секторі; – брак доступної інформації щодо якості освіти і підготовки медичних кадрів, їхньої готовності до практичної діяльності тощо [1].

## Висновки до розділу 1

Проведений порівняльний аналіз стану кадрової політики сфери охорони здоров'я у світі та в Україні показав глобальний характер проблеми, її міжсекторальність та глибокий вплив на кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я.

Аналіз соціально-економічних аспектів показав, що серед проблем, які потребують невідкладного вирішення, слід назвати такі:

- невідповідність кадрової політики вимогам трансформаційних процесів у державі. Значна частина наявного кадрового корпусу не готова до роботи в умовах сьогодення і на перспективу, насамперед з огляду на недостатню готовність на сучасному рівні аналізувати, розробляти, відстоювати, реалізовувати, вчасно коригувати необхідні рішення, повною мірою відповідати за доручену справу;
- недосконалість законодавчої бази, яка не надає кадровим процесам правової обґрунтованості, урегульованості та захищеності, не враховує європейські стандарти в кадровій сфері;
- відсутність стратегічного управління щодо підготовки кадрів відповідно до потреб суспільства, яке передбачає



кваліфіковане прогнозування, планування, постійне оцінювання кадрової ситуації в країні, системний підхід до управління всіма ланками кадрової сфери, починаючи від профорієнтації молоді, профвідбору, профпідготовки і закінчуючи технологіями професійного розвитку на робочому місці;

- нерозвиненість кадрових інститутів, невпорядкованість, слабка функціональна визначеність кадрових структур, недостатня кваліфікація персоналу кадрових служб, що призводить до неефективності, неузгодженості підходів у кадровому менеджменті на всіх рівнях. Такий стан перешкоджає активній професіоналізації багатьох видів економічної діяльності, професійній самореалізації людей практично в усіх сферах суспільного виробництва. Державна кадрова політика має спиратися на потужну кадрову систему, сучасні кадрові технології;
- наявність розриву, певного професійного вакууму між поколіннями кадрового корпусу державного управління. До управління приходить покоління, яке формується в умовах незалежної держави, демократизації, становлення ринкової економіки, світової інтеграції. Йому властиві здоровий прагматизм, амбітність, нестандартність мислення. Водночас молодому поколінню бракує досвіду, який має старше покоління управлінців. Необхідно забезпечити неперервність професійного розвитку кадрової сфери, оптимальне поєднання досвідчених і молодих працівників, розробити обґрунтовану програму підготовки резерву кадрів в усіх галузях суспільної діяльності;
- недостатнє застосування наукових підходів, результатів наукових досліджень при виробленні та реалізації державної кадрової політики. Сфера наукового знання є дуже динамічною, тому наукове обґрунтування має бути постійним, обов'язковим процесом здійснення державного управління, зокрема у сфері кадрової політики.

В різних країнах є різні підходи формування своєї кадрової політики у сфері охорони здоров'я, якими унормовано страте-

гічне планування підготовки кадрів, соціально-економічного забезпечення та інші питання. Разом з тим, проблеми людських ресурсів у сфері охорони здоров'я залишаються одними із тих, які потребують першочергового вирішення, навіть у найбільш економічно розвинутих країнах світу, що підтверджується експертами ВООЗ.

З огляду на вище сказане, в Україні потрібно вивчати міжнародний досвід, але формувати власну кадрову політику в сфері охорони здоров'я у відповідності до потреб та регіональних, соціально-економічних та інших особливостей країни.

## Розділ 2

# УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ВІДПОВІДНОСТІ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО ВЕКТОРУ РОЗВИТКУ УКРАЇНИ

### 2.1. Аналіз міжнародних підходів до кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я

У світовій практиці існують різні за структурою і тривалістю схеми підготовки фахівців для сфери охорони здоров'я, які можна умовно поділити на два основні підходи:

- європейський зі вступом на медичний факультет університету чи до медичного вишу після школи;
- американський з двоступеневою вищою освітою (базовий коледж і професійна медична школа).

Порівняльний аналіз існуючих національних схем підготовки медичних кадрів показує, що повний курс навчання майбутніх лікарів у більшості країн світу триває 6 років. Після закінчення навчання випускникам видається диплом і присвоюється лікарське звання, встановлене у цій країні (лікар, бакалавр медицини, ліценціат медицини, кандидат медицини тощо). Право займатися самостійною лікарською практикою у більшості країн надається тільки після обов'язкового навчання в інтернатурі [72].

Характерною рисою післядипломної медичної освіти є те, що інтернатура все більше використовується не для первинної спеціалізації у галузі певної медичної спеціальності, а для широкопрофільного клінічного стажування випускників медичних шкіл в університетських клініках і навчальних лікарських центрах з метою підготовки їх до майбутньої самостійної лікарської діяльності.

Незважаючи на наявні в окремих країнах істотні відмінності в організації, термінах і програмах інтернатури, лікарі за час

навчання послідовно проходять стажування переважно за трьома основними клінічними профілями (внутрішня медицина, загальна хірургія, акушерство та гінекологія), а також з первинної медичної допомоги.

У США, Великобританії і Швеції подальша професійна підготовка лікарів для набуття ними певної медичної спеціальності (тобто спеціалізації) має різні організаційні форми [33]. У тих небагатьох країнах, де отримання лікарського диплому після закінчення вищої медичної школи надає лікарям право на заняття загальною лікарською практикою, подальша професійна підготовка лікарів здійснюється шляхом їх участі в різних програмах удосконалення крім інтернатури. Первинна спеціалізація в Іспанії проходить через інтернатуру за профілем основної спеціальності. Більш вузька спеціалізація у рамках відповідного профілю (повторна спеціалізація) здобувається в резидентурі [70].

Термін набуття кваліфікації лікаря-фахівця з певної медичної спеціальності, обчислюється нині за кордоном багатьма роками (причому у світі спостерігається тенденція до його збільшення)- Спеціалізація, незалежно від її організаційних форм у тій чи іншій країні, триває мінімум 5–7 років. Загальна ж тривалість навчання лікаря-фахівця під часу вступу до медичної школи і до отримання ліцензії на право самостійної роботи з набутої спеціальності складає у більшості країн 12–15 років.

Значні корективи були внесені у додипломну медичну освіту у Великобританії [59]. Запроваджені зміни були обумовлені трьома групами причин: зміною у фінансуванні та управлінні вищою освітою й охороною здоров'я, появою нових підходів до створення навчальних планів і програм та досягненнями клінічної медицини. Реформи стосувались студентів, викладачів у цілому, медичних шкіл і госпітальних практик. У багатьох медичних школах країни використовуються додаткові ступені бакалавра для стимулювання процесу навчання [58]. Було зроблено висновок про те, що введення ступеня бакалавра сприяє підвищенню інтересу студентів до дослідницької роботи і поглиблення їх знань. Проте автори зазначають, що ефект знижується у тих школах, де названий ступінь одержує переважна більшість

студентів, тобто тотальне присвоєння цього додаткового ступеня не призводить до бажаних результатів [33]. Процеси реформування медичної освіти у Великобританії охопили і післядипломну освіту [68]. Основною метою цих змін є визначення єдиного стратегічного підходу до планування і розвитку всієї безперервної медичної освіти – від моменту вступу студента в медичну школу і до припинення лікарської діяльності.

#### *Структура систем медичної освіти*

Порівняння різних підходів і структур вищої медичної освіти дозволяє виділити три основні фази, або цикли навчання, – доклінічну, теоретико-клінічну і практичну. Останні дві фази можуть (або не можуть) бути розеднано в часі. Звичайно тривалість базової медичної освіти, яка завершується присвоєнням початкової кваліфікації, у країнах Європи, за деяким винятком, складає 6 років. Водночас медична освіта у Данії триває 6,5 років, а в Бельгії – 7 років. У Швеції та Ірландії для отримання початкової кваліфікації обов'язковим є проходження реєстраційного навчання [65].

#### *Медична освіта Німеччини*

Класичною для європейських країн можна вважати структуру медичної освіти Німеччини [66].

У Німеччині функціонує 36 медичних факультетів, які частіше є частиною університетів. Контроль за сферою охорони здоров'я покладено на державні структури. Найвищим органом управління є федеральне міністерство охорони здоров'я, а також система підлеглих міністерств охорони здоров'я федеральних земель. Міністерства контролюють освіту фахівців сфери охорони здоров'я.

Мінімальна обов'язкова тривалість медичного навчання у Німеччині – 6 років, у тому числі 2 роки доклінічного навчання і 4 роки клінічного навчання (1 рік – клінічне теоретичне навчання, 2 роки – клінічне практичне навчання, 1 рік – клінічний тренінг). Після навчання протягом 6 років в освітній установі необхідно відпрацювати практику щонайменше 18 міс в акредитованій лікарні. Зміст доклінічної та клінічної стадій підготовки регламентується і є обов'язковим. На додаток до обов'язко-

вих дисциплін студентам надається систематична можливість прослуховувати додаткові факультативні лекції.

Кожна стадія завершується державним іспитом – доклінічним іспитом, який приймає відповідна федеральна екзаменаційна рада після успішного проходження усіх обов'язкових предметів протягом 4 семестрів. Іспит складається з письмового тесту із завданнями широкого вибору, усної частини і трьох клінічних іспитів.

На відміну від багатьох інших європейських країн післядипломна медична освіта, тобто спеціалізація, у Німеччині не перебуває під наглядом університетів або медичних шкіл [60]. Натомість правила для післядипломної медичної освіти визначаються власним національним представницьким органом лікарів (Bundesarztetag) та організаціями лікарів у федеральних землях (Landesarztekammern) відповідно на кожному конкретному рівні. Як наслідок, післядипломна медична освіта не обмежується університетськими клініками, а переважно проходить у лікарнях і багатьох інших місцях роботи лікарів – приватних клініках, дослідницьких інститутах, центрах професійного здоров'я тощо (за умови, що в цих установах є кваліфікований лікар, уповноважений на проведення післядипломної медичної освіти зі своєї спеціальності).

Програм післядипломної медичної освіти не існує і, відповідно, немає чітко визначеної кількості місць для майбутньої спеціалізації. Якщо лікар планує отримати певну спеціальність, він може відпрацювати за цією спеціальністю певний період часу (найкоротший термін складає 3 роки для сімейної медицини). Іноді цей термін може бути присвячений моно-спеціальності, іноді як обов'язкове (або факультативне) може бути навчання за спорідненою спеціальністю (наприклад, рік післядипломної медичної освіти з психіатрії є обов'язковим для спеціалізації з неврології) [33].

В той же час, для отримання бажаної спеціалізації претендент повинен додатково виконати певний затверджений перелік діагностичних і лікувальних процедур, характерних для вибраної спеціальності, а також прослухати певні теоретичні або практичні курси і скласти іспит за фахом.

Тривалість післядипломної медичної освіти є досить значною. Наприклад, спеціалізація з внутрішніх хвороб потребує 6 років навчання (мінімум 4 роки – у відділенні внутрішніх хвороб, 6 міс – у відділенні невідкладних терапевтичних станів, час, що залишився, може бути присвячений іншим спеціальностям). Отримання подальшої вузької спеціалізації (ангіологія, кардіологія, ендокринологія, гастроентерологія тощо) потребує додатково щонайменше 2–3 років навчання [69].

#### *Медична освіта Великої Британії*

Національна система медичної освіти, що склалася у Великій Британії, значною мірою відрізняється від інших європейських країн і заслуговує більш докладного розгляду як зразок так званої традиційної британської системи професійної лікарської підготовки. В організаційному плані ця система має досить складну багатоступеневу структуру, яка в основному служить для післядипломної професійної підготовки (спеціалізації) лікарів.

Випускник медичного факультету університету одержує лікарський диплом з одночасним присвоєнням університетського ступеня бакалавра медицини і бакалавра хірургії (MBBS – Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery) [68]. Отримання цього ступеня є підставою для попередньої реєстрації у Генеральній медичній раді і внесення прізвища власника диплома до Державного медичного реєстру з метою отримання тимчасового дозволу на лікарську практику. Право видачі аналогічних дипломів і присвоєння відповідних ступенів, крім університетів, мають також деякі медичні корпорації, такі, як Лондонська королівська колегія лікарів загальної практики, Англійська королівська колегія хірургів, Единбурзька колегія лікарів і хірургів тощо.

Починаючи з 1964 р. у Великій Британії діє обов'язкове річне стажування усіх лікарів, які закінчили вищі медичні школи, як інтернів або резидентів в одній із спеціально виділених з цієї метою лікарень. Протягом цього так званого дореєстраційного року лікарі проходять підготовку з внутрішньої медицини і хірургії. Лише після закінчення стажування в інтернатурі лікарі отримують право пройти повну реєстрацію у Генеральній медичній раді і юридичне право на самостійну діяльність лікаря

загальної практики. Прізвища всіх фахівців, які пройшли повну реєстрацію, заносяться до медичного реєстру – офіційний список лікарів, які мають юридичне право займатися медичною практикою [33].

За час інтернатури лікар обирає майбутню лікарську спеціальність: або відразу зайнятися загальною лікарською практикою, або продовжити професійну підготовку з метою отримання спеціалізації.

Уся загальна лікарська практика у Великобританії є частиною національної системи охорони здоров'я. Лікар, який пройшов повну реєстрацію, може бути призначений на практику як помічник самостійного лікаря загальної практики або бути прийнятим як лікар загальної практики в групу лікарів, що практикують, у районі, де є вакансія.

Відповідно до рекомендацій Королівської комісії з питань медичної освіти була розроблена нова Концепція післядипломної освіти, яка широко обговорювалася у британському суспільстві з 2002 р. [68] і упроваджена в практику з 2005 р. Післядипломна професійна підготовка лікарів може проходити по трьох різних напрямках і розрахована мінімум на три роки.

Перший напрямок:

- 1-й рік – підготовка у вигляді стажування протягом 6 місяців у сфері загальної практики і 6 місяців – у сфері внутрішніх хвороб;
- 2-й і 3-й роки – послідовне стажування по 6 місяців з акушерства і гінекології, оториноларингології, педіатрії та психіатрії.

Другий напрямок:

- 1-й рік – стажування протягом 6 місяців у сфері загальної медицини або психіатрії і 6 місяців – загальної практики;
- 2-й і 3-й роки – стажування по 6 місяців з педіатрії, акушерства і гінекології, геріатрії та офтальмології (одночасно), дерматології й фізіотерапії (одночасно).

Третій напрямок:

- 1-й рік – стажування 6 місяців з педіатрії і 6 місяців – з акушерства та гінекології;



- 2-й рік – стажування протягом 1 року у сфері загальної практики;
- 3-й рік – стажування по 6 місяців у двох сферах (за вибором): анестезіології, комунальної медицини, дерматології, внутрішніх хвороб, геріатрії, офтальмології, оториноларингології, психіатрії. За бажанням це стажування може проходити одночасно у двох (але не більше) з перерахованих спеціалізацій.

Загалом професійна підготовка лікаря-фахівця у Великобританії розрахована мінімум на 7 років, не враховуючи навчання на медичному факультеті університету (6 років) і однорічного стажування в інтернатурі.

Суть післядипломної професійної лікарської підготовки полягає у послідовній роботі на навчальних лікарських посадах. Ці посади фахівець посідає за конкурсом, який проводиться в університетських клініках. Робота на кожній посаді завершується складанням кваліфікаційного іспиту для отримання кваліфікаційного диплома відповідного рангу. Складання такого іспиту є обов'язковою умовою, щоб претендувати на наступну, вищу, і, зрештою, – на самостійну посаду лікаря-фахівця з відповідної спеціальності [68].

#### *Структура медичної освіти США*

У США відсутня виокремлена національна система вищої медичної освіти. Діє так звана триступенева система вищої школи [16,68]. Для медичної освіти до неї входять:

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

Така багатоступенева система дає можливість значною мірою коригувати подальше навчання студентів у напрямку вирішення проблеми професійної орієнтації, виходячи з їх інтересів, здібностей і можливостей, що відіграє вирішальну роль у поліпшенні якості підготовки фахівців.

Для вступу до медичної школи абітурієнт зобов'язаний успішно скласти вступні екзамени з історії, математики, природничих наук та іноземної мови, а також пройти співбесіду і тестування. Розроблений Американською психолого-педагогічною корпорацією тест для прийому у вищі медичні навчальні заклади (Medical College Admission Test, MCAT) складається з чотирьох частин і повинен визначати:

- здатність вступника користуватися спеціальними термінами, визначеннями і поняттями;
- можливість маніпулювати кількісними позначеннями;
- ступінь ознайомлення вступника із сучасними науковими відкриттями і досягненнями в окремих дисциплінах;
- рівень знань у галузі природничих наук [61].

Більшість американських медичних шкіл – це медичні факультети університетів, і лише окремі такі школи є самостійними навчальними закладами. Курс навчання у медичній школі розрахований на 4 роки, з яких перші два присвячені доклінічній підготовці майбутніх лікарів, а наступні – початковій клінічній підготовці [61]. У період доклінічної підготовки студенти вивчають анатомію, гістологію, біохімію, біофізику, фізіологію і патологію та інші основні неклінічні дисципліни. У період початкової клінічної підготовки студенти вивчають низку клінічних дисциплін – внутрішні хвороби, хірургію, акушерство і гінекологію, радіологію тощо. Значна частина навчального часу відводиться роботі у відповідних клініках. За час навчання студенти повинні відпрацювати в середньому 7 клінічних практик. Слід зазначити, що програми різних медичних шкіл відрізняються, особливо переліком клінічних дисциплін, що вивчаються у них, частина з яких представлена у вигляді елективних модулів.

Нині в багатьох медичних школах США значно поширений так званий системний метод викладання, який полягає у вивченні не окремих дисциплін (анатомія, гістологія, фізіологія, патологія, біохімія, пропедевтика тощо), а у комплексному вивченні окремих органів і систем у морфофункціональному і семіотичному аспектах за нормальних та патологічних умов.

У зв'язку з цим у низці медичних шкіл замість кафедр створені міждисциплінарні групи навчання у рамках спеціальності – академічні товариства викладачів і студентів [61]. На відміну від кафедральної структури, за якої важко досягти справжньої інтеграції, у рамках академічного товариства викладання здійснюється викладачами різних дисциплін, що входять до групи, том комплекс дисциплін націлений на вивчення конкретної спеціальності. Уведення системного методу викладання стало причиною важливих змін в організації навчального процесу і зумовило розробку принципово нових, інтегрованих навчальних програм. Різні медичні школи відрізняються не тільки кількістю дисциплін, які там вивчаються, а й співвідношенням обов'язкових і факультативних предметів, кількістю навчального часу, що відводиться на вивчення тих або інших дисциплін, а також формами навчання.

Велика увага в медичній освіті надається проблемному навчанню, цьому сприяє його індивідуалізація та самостійна робота [68]. Практика проведення іспитів також відрізняється як в окремих медичних школах, так і на різних етапах навчання. Під час доклінічної підготовки частіше практикуються письмові іспити, що проводяться іноді у формі тестів за широким вибором. Такі тести спрямовані на виявлення ступеня оволодіння основними професійними вміннями [33]. У деяких медичних школах ці іспити доповнюються перевіркою практичного вміння студентів працювати в лабораторіях. У період клінічної підготовки в більшості медичних шкіл разом з проведенням формальних письмових або усних іспитів провідну роль в оцінці оволодіння дисциплінами, що вивчалися, відіграють відгуки викладачів про результати щоденної роботи студентів у клініках безпосередньо біля ліжка хворого [61].

Студентам, які пройшли повний курс навчання у медичному навчальному закладі та успішно склали всі встановлені в даній медичній школі іспити, видається сертифікат про закінчення медичної школи і присвоюється звання доктора медицини (MD – Doctor Medicinae). Сертифікат не дає його володарю права займатися медичною практикою. Для отримання спеціального дозволу (повної ліцензії) на самостійну медичну практику всі ви-

пускники медичних шкіл зобов'язані пройти подальший курс навчання в інтернатурі і резидентурі [61].

Інтернатура в США – перша стадія післядипломної медичної освіти, яка йде безпосередньо після завершення чотирирічної програми навчання у вищій медичній школі. Вона полягає у практичній роботі випускників медичних шкіл у лікарнях та амбулаторіях під керівництвом і наглядом кваліфікованих лікарів.

Перед вступом до інтернатури особи, які закінчили медичну школу, зобов'язані скласти ліцензійний іспит і на період навчання в інтернатурі отримати право на медичну практику під контролем [68]. Ці іспити проводять спеціальні комісії, організовані на замовлення медичних шкіл Національною радою медичних екзаменаторів (NBME).

У США існують два типи інтернатури: пряма і ротаційна. У першій з них здійснюється первинна спеціалізація у галузі терапії, хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології, патології. Ця інтернатура організовується на базі лікарень, для яких затверджена резидентура з відповідної спеціальності. Тривалість навчання – один рік.

У ротаційній інтернатурі здійснюється підготовка з двох або більше клінічних спеціальностей, проте з обов'язковою підготовкою з внутрішньої медицини протягом 4 місяців. Мета цієї інтернатури – дати інтерну протягом 1 року різнобічну клінічну підготовку для подальшої самостійної медичної практики як сімейного лікаря.

Після закінчення інтернатури випускники зобов'язані скласти ліцензійний іспит (USMLE Step 3), після чого вони одержують ліцензію на право самостійної лікарської практики як сімейний лікар.

В даний час федеральним органом з видачі ліцензій на лікарську практику для більшості штатів (за винятком штатів Делавер, Флорида і Техас) є Національна рада медичних екзаменаторів. І лише в згаданих трьох штатах видачею ліцензій і прийомом іспитів продовжують займатися екзаменаційні комісії департаментів охорони здоров'я штатів.

З 1970 р. в США інтегровано інтернатуру і резидентуру [20, 33]. Програма інтернатури охоплює перший рік навчання. Власне

резидентура – це друга фаза післядипломної медичної освіти, мета якої – підготовка кваліфікованих лікарів фахівців за певною медичною спеціальністю. Резидентура організовується в університетських навчальних медичних центрах і на базі лікарень, пов'язаних з медичними школами. Термін навчання – від 3 до 5 років, залежно від вибраної спеціальності. Наприклад, мінімальна тривалість резидентури (не враховуючи 1 року інтернатури) з анестезіології, внутрішніх хвороб, акушерства і гінекології, урології, дерматовенерології, медичної радіології – 3 роки; з нейрохірургії, оториноларингології – 4, загальної хірургії – 5 років. Реальна тривалість підготовки фахівців у резидентурі зазвичай більша. Часто лікарі після закінчення резидентури, перш ніж скласти кваліфікаційний іспит з метою отримання спеціальної ліцензії для самостійної роботи за фахом, змушені ще 1–2 роки присвятити практичній роботі з вибраної спеціальності [61] (додаток В і Г).

## **2.2. Аналіз кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я на прикладі дерматовенерологічної служби України**

Важливе місце у процесі реформування сфери охорони здоров'я належить оптимізації структури та функцій дерматовенерологічної служби. З урахуванням вимог Закону України від 7 липня 2011 року № 3611-VI “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги”, дерматологічна та венерологічна допомога може надаватися на рівнях первинної (лікарями загальної практики-сімейної медицини), вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (лікарями-дерматовенерологами та лікарями-дерматовенерологами дитячими). Враховуючи, що Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я (схвалено Розпорядженням КМУ від 30.11.2016 № 1013-р) передбачено перерозподіл фінансування на користь первинної медичної допомоги й профілактичної медицини, необхідно створити в ході реформування таку структуру дерматовенерологічної служби, яка забезпечувала б оптимальне надання медичної допомоги населенню за профілем,

а також, що надзвичайно важливо, – попередження дії загроз національній безпеці України, передбачених п.4.14 нової редакції Стратегії національної безпеки України (Указ Президента України від 26 травня 2015 року № 287/2015): “Україна вживатиме заходів щодо забезпечення біобезпеки, унеможливлення поширення небезпечних інфекційних захворювань, підтримуватиме міжнародні зусилля у цій сфері”. Нагадаємо, що Законом України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII (із змінами) “Основи законодавства України про охорону здоров’я” до соціально небезпечних захворювань віднесено туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепру (проказу), хронічний алкоголізм, наркоманію, а Закон України від 6 квітня 2000 року № 1645-III “Про захист населення від інфекційних хвороб” соціально небезпечними інфекційними хворобами визначив туберкульоз, інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, СНІД, проказу, тобто переважна більшість нозологічних одиниць з цього переліку знаходиться в полі компетенції дерматовенерологічної служби. Соціально значущими є також псоріаз та онкологічні захворювання шкіри, у першу чергу, меланома [18, 51].

Враховуючи важливий соціальний характер захворювань, які входять до компетенції дерматовенерологічної служби, вважаємо за доцільне розглянути проблему управління її кадровими ресурсами в умовах реформування сфери охорони здоров’я України з урахуванням реальної можливості розмежування надання дерматовенерологічної допомоги між постачальниками первинного рівня медичної допомоги (лікарями загальної практики-сімейної медицини) та постачальниками вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (лікарями-дерматовенерологами та лікарями-дерматовенерологами дитячими) та координування взаємодії між цими рівнями [19].

Як видно з табл. 3.1, основними проблемами кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я в Україні є:

*Недостатнє кадрове забезпечення сфери охорони здоров’я*

*Недостатня укомплектованість і забезпеченість медичними кадрами.*

За даними офіційної статистики МОЗ України, станом на 01.01.2018 року загальна кількість лікарів (усіх спеціальностей) становила 151956 осіб, штатних лікарських посад “194182,75.

Таблиця 3.1.

**Забезпеченість охорони здоров'я медичними кадрами  
(система МОЗ України)**

Показник	Рік				± (останні 10 років)
	2001	2008	2011	2018	
Штатні посади (абс.)	240078	244192,25	243162,5	194182,75	-50009,5
Забезпеченість штатними посадами на 10 тис. населення	48,96	53,13	53,5	45,81	-15,98%
Число лікарів, фізичних осіб	198501	196198	196085	151956	-44242
Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення	40,48	42,69	43,14	35,85	-19,08%
Число лікарів у закладах охорони здоров'я, які займаються медичною практикою	130003	123128	123283	138277	+15149
Забезпеченість практикуючими лікарями на 10 тис. населення	26,9	26,8	27,1	32,62	+ 5,82
Розрив між штатним посадами і лікарями фізичними особами (абс.)	41577,0	47994,25	47077,5	42226,75	-5767,5
Розрив між штатним посадами і зайнятими посадами (абс.)	13914,65	17778,25	22754,5	29932,15	+12153,9
Коефіцієнт ємнісництва	1,14	1,15	1,12	1,28	+0,13
Особи пенсійного віку (%)	18,83	22,9	25,15	27,0	+ 4,1

Відсоток укомплектованості лікарями становив 78,25 % (за даними автоматизованої бази даних МОЗ України), при цьому відсоток укомплектованості лікарями закладів місцевого підпорядкування – 79%, лабораторних центрів МОЗ України – 59%, закладів, безпосередньо підпорядкованих МОЗ України – 70%.

Рівень забезпеченості лікарями по Україні, на перший погляд, досить високий – 35,85 на 10 тис. населення, що перевищує середньоєвропейський показник (33 на 10 тис. населення). Проте середньоєвропейський показник вказує на забезпеченість лікарями-практиками, тоді як в Україні цей показник включає також організаторів охорони здоров'я, методистів, санітарних лікарів і вчених, і лише 32,62 на 10 тис. – власне забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, що менше, ніж середньоєвропейський показник. Станом 01.01.2018 року в Україні не вистачало 42,3 тис. лікарів (з них майже 5 тисяч – сімейні лікарі), переважно у центральних, південних та східних регіонах країни. Слід враховувати, що від 2014 року статистична інформація з окупованих територій АР Крим та ОРДЛО недоступна.

Коефіцієнт сумісництва помітно зростає у порівнянні з минулими роками і станом на 01.01.2018 року склав 1,28. Дещо стримує критичну ситуацію наявність працюючих лікарів-пенсіонерів, частка яких також відчутно зростає (у 2001 році – 18,83%, станом на 01.01.2018 року – 27,0%).

Загальна кількість лікарів дерматовенерологів становила на 01.01.2018 року 2273 особи, дерматовенерологів дитячих 130 осіб (у 2011 році - разом 2820 осіб), штатних посад відповідно 2419 та 155,25 (у 2011 році – разом 2951,75). Відсоток укомплектованості штатних посад лікарів-дерматовенерологів в цілому по державі склав станом на 01.01.2018 року 93,96%, дерматовенерологів дитячих 83,74% (у 2011 році разом – 95,54%), але має певні регіональні особливості.

Зростання кількості медичних працівників пенсійного віку.

У системі охорони здоров'я України працює понад 111 тис. медичних працівників пенсійного віку (48,2 тис. лікарів та майже 68 тис. медичних сестер). При цьому, якщо питома вага осіб



пенсійного віку серед лікарів у 1998 році становила 18,5 %, то на початок 2011 року – 25,15 %, а станом на 01.01.2018 року – 27%. Ще 10 % лікарів – особи передпенсійного віку.

Дуже гостра ця проблема на первинній ланці. Найбільший відсоток “постаріння” кадрів спостерігається в таких регіонах, як: м. Севастополь (34,78 %), Донецька (30,02 %), Київська (29,44 %), Херсонська (28,67), Чернігівська (28,44%), Луганська (28,36%), Миколаївська (28,26%), Дніпропетровська (27,78 %), Кіровоградська (28,49 %), Черкаська (31,5 %), Чернігівська (28,44 %) області та АР Крим (27,66 %) [2].

Особливе занепокоєння у питанні кадрового забезпечення викликають Миколаївська, Херсонська та Кіровоградська області, де досить високий відсоток лікарів пенсійного віку спостерігається поряд з найнижчою забезпеченістю лікарями.

Як показує аналіз вікового розподілу лікарів-дерматовенерологів, постаріння кадрів значною мірою торкнулося цього фаху (рис.3.1, а, б).

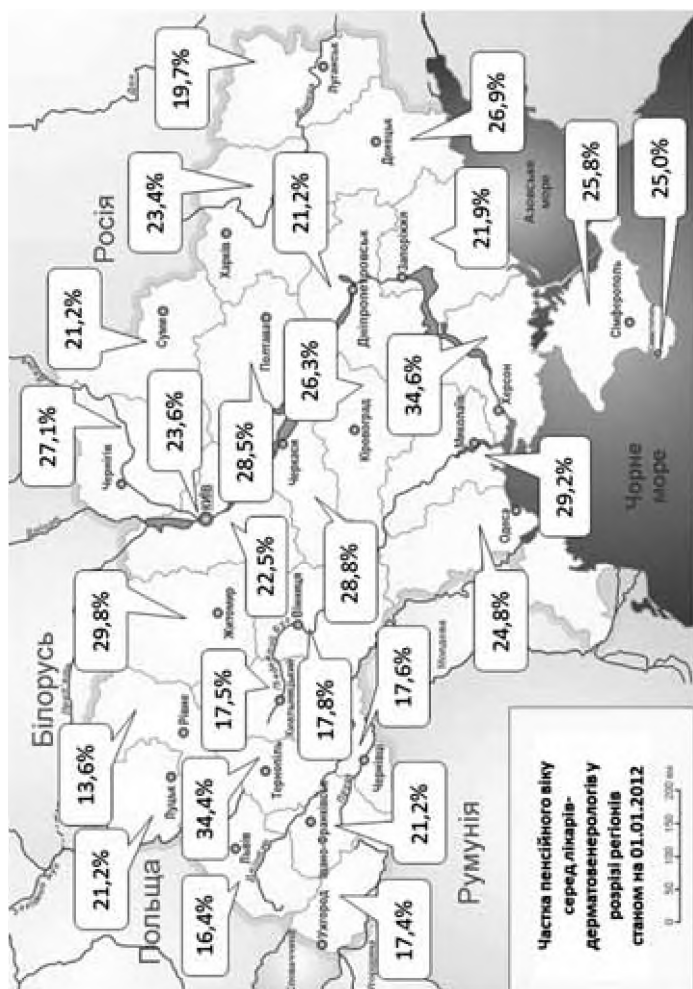
У середньому по Україні частка осіб пенсійного віку серед дерматовенерологів на початку 2018 року перевищила 25%.

Найбільше лікарів пенсійного віку у Херсонській (39,6%), Луганській (39,4%), Полтавській (36,6%), Донецькій (36%), Кіровоградській (35,8%), Житомирській (32,4%), Тернопільській (30%), Черкаській (29,3%), Одеській (28%) областях. При таких показниках благополуччя і навіть перенасичення ринку медичного персоналу лікарями дерматовенерологами виявляються удаваними і, враховуючи постійний відтік молодих лікарів у сферу косметологічних послуг, фармацевтичного бізнесу та інші галузі, ситуація загрожує появою кадрового дефіциту, особливо в районних та міських лікарнях, віддалених від обласних центрів.

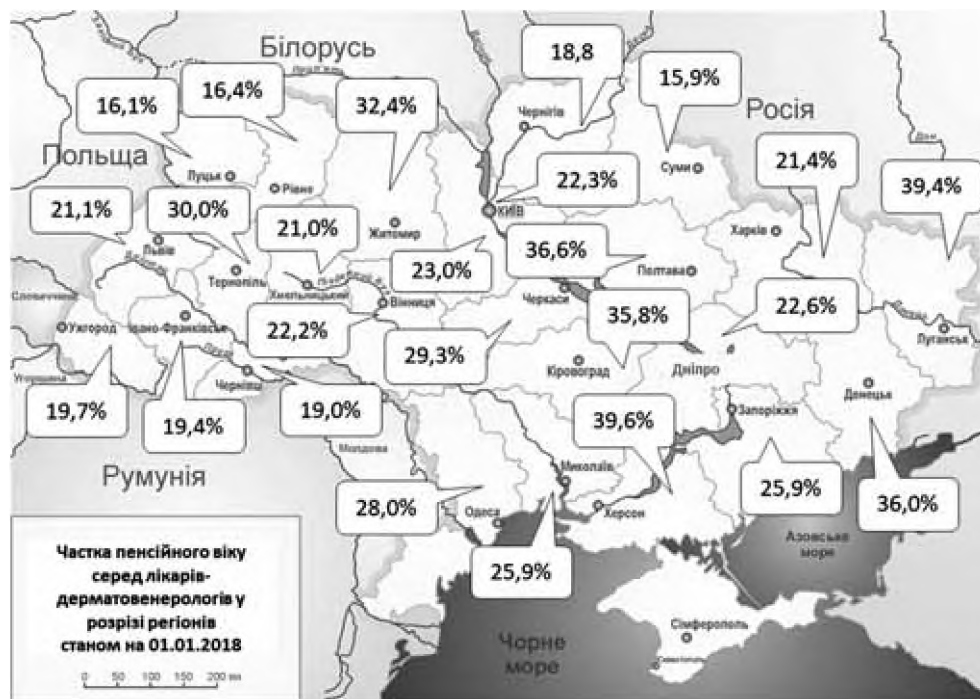
#### *Диспропорційність кадрового забезпечення*

##### *Галузева диспропорція*

Недостатнє кадрове забезпечення медичної галузі відбивається на внутрішньогалузевій структурі кадрового забезпечення, яка характеризується зростанням кількості спеціалістів популярних спеціалізацій (акушер гінеколог, хірург, офтальмолог, отоларинголог, уролог, дерматовенеролог тощо) та змен-



а



б

Рис. 2.1. Постаріння кадрового потенціалу лікарів дерматовенерологів (а – за даними МОЗ України на 01.01.2012; б – на 01.01.2018)

шенням, в деяких регіонах – критичним, кількості лікарів, які працюють у первинній ланці. Співвідношення чисельності лікарів загальної практики (сімейної медицини) до чисельності хірургів по Україні в середньому становить 0,18 до 0,62 (на 1000 населення). При цьому в медичній сфері на сьогодні працює 14514 лікарів загальної практики - сімейної медицини. На сьогодні потреба в лікарях цієї спеціальності з урахуванням потрібної оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів первинної ланки становить 5016 осіб. Від нестачі кадрів, поряд з потребами служби первинної ланки, потерпають невідкладна допомога, педіатрична та фтизіатрична служба, рентгенслужба, патолого-анатомічна та лабораторна служби [23, 25, 48].

Аналіз статистичної інформації МОЗ України, департаментів та управлінь охорони здоров'я ОДА, Київської міської держадміністрації вказує, що дефіцит лікарських кадрів у закладах усіх рівнів реєструється за низкою спеціальностей: анестезіологія (укомплектованість в середньому становить 74%), бактеріологія (71%), вірусологія (63%), генетика лабораторна (61%), генетика медична (62%), гериатрія (52%), гігієна дітей і підлітків (60%), гігієна праці (69%), гігієна харчування (57%), дитяча анестезіологія (69%), дитяча імунологія (61%), дитяча нейрохірургія (66%), дитяча онкологія (57%), дитяча ортопедія і травматологія (71%), дитяча патологічна анатомія (50%), дитяча психіатрія (71%), дитяча урологія (73%), дитяча фтизіатрія (69%), дитяча хірургія (71%), дієтологія (46%), ендоскопія (64%), епідеміологія (65%), загальна гігієна (74%), загальна практика-сімейна медицина (74 %), імунологія (49%), клінічна біохімія (74%), клінічна лабораторна діагностика (72%), комбустіологія (74%), комунальна гігієна (57%), лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища (0%), лікувальна фізкультура (62%), лікувальна фізкультура і спортивна медицина (52%), медицина невідкладних станів (61%), медична психологія (71%), мікробіологія і вірусологія (54%), наркологія (68%), нефрологія (68%), онкологія (67 %), організація і управління охороною здоров'я (лікар-статистик) (53%), патологічна анатомія (55%), підліткова терапія (74%), променева терапія (74%), професійна патологія (64%), психотерапія (67%), психо-

фізіологія (0%), радіаційна гігієна (67%), радіологія (73%), радіонуклідна діагностика (62%), рентгенологія (73%), рефлексотерапія (69%), санологія (73%), сексопатологія (72%), спортивна медицина (74%), судово-медична гістологія (66%), судово-медична експертиза (64%), судово-медична імунологія (63%), судово-медична криміналістика (53%), судово-медична токсикологія (55%), судово-медична цитологія (61%), судово-психіатрична експертиза (58%), терапія (74%), токсикологія (72%), торакальна хірургія (72%), трансплантологія (57%), трансфузіологія (58%), ультразвукова діагностика (74%), фізіотерапія (73%), функціональна діагностика (68%), хірургія серця і магістральних судин (74%).

Регіональна диспропорція (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями).

За даними статистики, в Україні спостерігається високий ступінь регіональної диспропорції: відношення найвищої щільності лікарів до найнижчої по регіонах становить 8,4 (в Києві) до 3,6 (в Кіровоградській і Херсонській областях) [48]. Укомплектованість лікарями первинної ланки станом на 01.01.2018 року найнижча в Херсонській (54 %), Донецькій (61%), Кіровоградській (62%), Миколаївській (62%), Черкаській (64%), Луганській (65%) областях, а найвища – у Львівській (96%), Івано-Франківській (95%), Чернівецькій (91%), Закарпатській (88%) і в Тернопільській (86 %) (а не в колишніх пілотних регіонах, де, незважаючи на цільове фінансування, укомплектованість кадрами первинної ланки становить у середньому 80 %) [32].

Приблизно така ж динаміка спостерігається і щодо укомплектованості дерматовенерологами. Вона (включно з дитячими) є найнижчою у Чернігівській (73,8%), Донецькій (74,3%), Луганській (74,2%), Кіровоградській (81,2%), Херсонській (84,6%) Черкаській (85,3%) областях. Найвища вона у Вінницькій (105,5%), Волинській (100,9%), Закарпатській (107,3%), Івано-Франківській (119,7%), Львівській (106,7%), Полтавській (98,5%), Тернопільській (99,2%), Чернівецькій (11,5%) областях та м. Києві (99,7%).

На рис. 3.2 та 3.3 показано регіональну диспропорцію забезпеченості лікарями-дерматовенерологами (1 посада: кількість населення) та укомплектованості штатних посад (%). Як бачи-

мо, в низці регіонів (Закарпатська, Хмельницька, Тернопільська, Вінницька, Херсонська області) забезпеченість лікарями досить низька і наближається до аналогічних показників деяких середньоазіатських країн, в яких дерматовенерологічна служба зазнала після розпаду Радянського Союзу негативних змін, що супроводжувалося ростом поширеності соціально-небезпечних інфекційних захворювань, в першу чергу сифілісу. Забезпеченість лікарями у Донецькій та Луганській областях катастрофічно низька, що пов'язано із вимушеним переселенням із території ОРДЛО, починаючи від 2014 року.

*Проблеми підвищення рівня кваліфікації медичних кадрів*

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

Вітчизняні та міжнародні експерти вказують на проблемні питання щодо якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України, яке проявляється [47]:

- збільшенням числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції (щорічно з України за кордон виїжджає понад 6 тис. медиків, включаючи молодший медичний персонал з медичною освітою) [30, 56, 57];
- недостатнім рівнем практичної підготовки молодих спеціалістів, що констатують і фахівці, і менеджери охорони здоров'я [14, 34].
- недосконалі механізми контролю за процесом працевлаштування випускників вищих медичних навчальних закладів, які навчались за державним замовленням, та відсутність механізму відшкодування коштів у випадку недоїзду молодих спеціалістів, що навчались за цільовими договорами, за місцем призначення.

При практично стовідсотковому у попередні роки розподілі випускників вищих медичних навчальних закладів, які навчались

за державним замовленням, у областях півдня та сходу спостерігаються значні показники плинності спеціалістів, перш за все у первинній ланці та сільській місцевості.

Для поліпшення кадрового забезпечення у пілотних регіонах за участі вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти пріоритетними є:

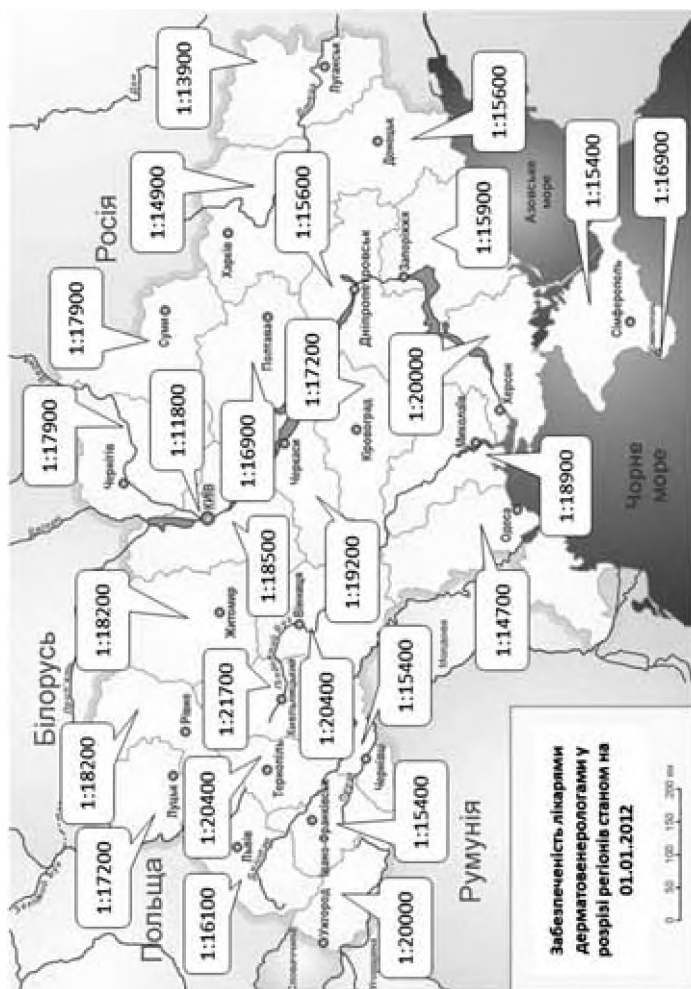
- забезпечення обґрунтованого прогнозування обсягів підготовки, підвищення кваліфікації та перепідготовки лікарів загальної практики сімейних лікарів з пріоритетним забезпеченням ними закладів охорони здоров'я, що розташовані у сільській місцевості;
- подальша підготовка ефективних менеджерів у сфері охорони здоров'я.

На вимогу Рахункової палати України у 2012 році уперше розміщення обсягів державного замовлення було здійснено на підставі рішення Конкурсної комісії МОЗ України, якою було вивчено кадрову ситуацію у регіонах [18].

За результатами засідання Конкурсної комісії з керівниками вищих навчальних закладів МОЗ України укладено договори про виконання державного замовлення на підготовку фахівців за напрямками підготовки за спеціальностями відповідних освітньо-кваліфікаційних рівнів.

З огляду на граничні обсяги фінансування МОЗ України збільшення державного замовлення на підготовку лікарів за спеціальністю “Лікувальна справа” у 2012 році було здійснено за рахунок скорочення підготовки лікарів-педіатрів з 1000 осіб (2011 рік) до 788 осіб (2012 рік), та лікарів за спеціальністю “Медико-профілактична справа” з 600 осіб (2011 рік) до 200 осіб (2012 рік), що пов'язано із реформуванням санітарно-епідеміологічної служби в Україні.

З метою кадрового забезпечення первинної ланки Міністерством вже запроваджено цикли спеціалізації з фаху “Загальна практика – сімейна медицина” для перепідготовки дільничних терапевтів та педіатрів за очно-заочною формою навчання із використанням дистанційних методів підготовки, у тому числі через мережу Інтернет.

 $\alpha$





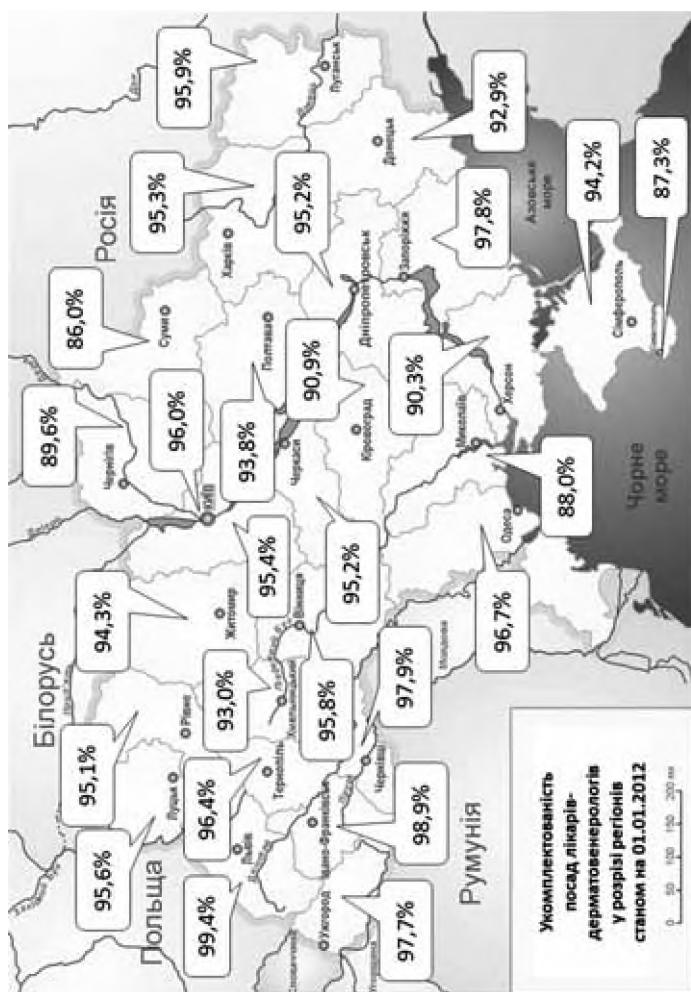
б

*Рис. 2.2. Регіональна диспропорція забезпеченості лікарями-дерматовенерологами, у т.ч. дитячими (1 посада: кількість населення) (а – за даними МОЗ України на 01.01.2012; б – на 01.01.2018)*

Рис. 2.2. Регіональна диспропорція забезпеченості лікарями-

дерматовенерологами, у т.ч. дитячими (1 посада: кількість населення)

(а – за даними МОЗ України на 01.01.2012; б – на 01.01.2018)





б

Рис. 2.3. Регіональна диспропорція укомплектованості штатних посад лікарів-дерматовенерологів, у т.ч. дитячих (%)  
(а – за даними МОЗ України на 01.01.2012; б – на 01.01.2018)

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

Тож не випадково МОЗ України вже декілька раз зверталось до керівників областей з метою розробки регіональних програм “місцевих стимулів” щодо соціального захисту медичних працівників, особливо молодих спеціалістів.

Так, за даними МОЗ України, лише для покриття природної плінності щороку необхідно близько 7,7 тис. лікарів.

Однак у перспективі, безумовно потрібно спільно з професійними асоціаціями розробляти Концепцію кадрової політики галузі охорони здоров'я, яка повинна сполучатись із введенням реальної багатоканальності галузі та введенням економічних механізмів підвищення зацікавленості медичних працівників у результатах їх роботи. Адже нині нормативно-правова база України передбачає оплату на основі посадових окладів, затверджених Кабінетом Міністрів України, і враховує лише відпрацьований час. Це, безперечно, зумовлює відсутність у медичних працівників будь-яких мотивацій до підвищення рівня якості, а у керівників медичних закладів – до збільшення обсягів послуг. Основними причинами кадрового дефіциту залишаються низька заробітна плата, зниження престижу професії.

Так, за даними Профспілки працівників охорони здоров'я, незважаючи на чотириразове підвищення посадових окладів 2010 року та шестиразове підвищення 2011 року, середня заробітна плата працівників у 2012 році була майже на 50 % менша, ніж у галузях економіки, на 80 % – ніж у промисловості, на 20 % – ніж у працівників освіти [9].

Проте, за час реформи у пілотних регіонах завдяки уведенню мотиваційних механізмів для медичних працівників, які працюють у первинній ланці, їх заробітна плата зросла на 50–60%, що призвело до покращання медичного обслуговування населення.

*Проблеми раціонального використання кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я*

Управління кадровими ресурсами продовжує базуватися на жорстких кадрових нормативах та централізованій системі

планування, що орієнтована на забезпечення розгалуженої і надлишкової мережі закладів охорони здоров'я, яка включає відомчу медицину (у країні понад 17 відомств мають у своєму підпорядкуванні заклади охорони здоров'я) тощо.

Усе це робить адаптацію кадрового складу до потреб галузі, особливо в регіональному та місцевому розрізах, надзвичайно складною. Ситуація ускладнюється ще й наступними факторами:

- відсутністю фахового менеджменту кадрової ситуації у областях;
- невідповідністю обсягів підготовки лікарів за державним замовленням потребам регіонів;
- недостатнім рівнем контролю та аудиту діяльності персоналу [48].

Варто зазначити, що Міністерством охорони здоров'я України розроблено і затверджено “Методичні рекомендації з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу” [42], але їх дієвість наразі видається сумнівною. Тут певну допомогу надає вже створений МОЗ України Реєстр медичних працівників та закладів охорони здоров'я, який дозволяє оперативно реагувати на регіональні потреби та моніторувати стан підвищення кваліфікації лікарів.

### **2.3. Шляхи удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я у відповідності до європейського вектору розвитку України**

Зважаючи на відсутність чітко детермінованої державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, для досягнення оптимальних результатів у реформуванні вітчизняної охорони здоров'я необхідно розробити і прийняти Концепцію кадрової політики сфери охорони здоров'я в Україні (на рівні акту Кабінету Міністрів України) [1]. Реалізація такої Концепції має включати у якості стратегічних цілей:

- модернізацію нормативно-правової бази та адаптації її до вимог європейського законодавства;

- розробку та впровадження ефективних методів та інструментів для реалізації кадрової політики;
- продовження підготовки відповідних медичних кадрів відповідно до прогнозованих потреб та показників оперативного коригування цих потреб;
- створення системи мотивацій та стимулів для медичних працівників – із забезпеченням нормативно-правової та соціально-економічної складових;
- активне залучення професійних асоціацій у вирішення проблем КРОЗ, запровадження фахового самоврядування у вирішенні питань кадрової та інноваційної політики, розробці єдиних стандартів надання медичної допомоги та оцінці її якості;
- створення єдиного реєстру медичних працівників;
- активну співпрацю з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрових ресурсів охорони здоров'я.
- проведення оперативного моніторингу та оцінки ефективності реалізованих заходів та відповідне вдосконалення нормативно-правової бази, в залежності від результатів реалізації цих заходів;
- запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки і при наявності ризику у зв'язку з медичним втручанням;
- поетапний перехід на оптимальну систему співвідношення медичних кадрів відповідно до світових стандартів.

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

1. Запровадження шестирічної підготовки медичних та фармацевтичних фахівців: два рівні додипломної підготовки (бакалаврат і магістратура), два рівні післядипломної підготовки (обов'язкова інтернатура – відповідно загальна практика-сімейна медицина, загальна стоматологія та загальна фармація; згодом – на конкурсній рейтинговій основі – резидентура за всіма спеціальностями); два науково-освітні рівні (аспірантура – доктор філософії, та докторантура – доктор наук).

2. Приведення навчальних програм на до- та післядипломному рівні до світових вимог, з урахуванням тривалості навчання.

3. Запровадження ліцензування діяльності медичних та фармацевтичних фахівців структурами професійного самоврядування спільно з професійними асоціаціями. Для допуску до практики запровадити стандартизовані національні іспити, що відповідатимуть вимогам європейських агенцій із сертифікації фахівців.

4. Широке запровадження медичної освіти протягом життя (Continuous Medical Education) із використанням дистанційних методів освіти, у тому числі платформ масової відкритої онлайн-освіти (МООС) та телеконференцій, у тому числі відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302.

Серед основних концептуальних засад доцільно виокремити такі.

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

Одним із першочергових напрямів удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я доцільно визначити модернізацію нормативно-правової бази для вирішення наявних проблем галузі, з урахуванням умов її розвитку та враховуючи досвід міжнародної, у першу чергу європейської практики. Реалізацію цього напрямку необхідно забезпечити шляхом аудиту, систематизації та узгодження чинної нормативно-правової бази, що регламентує питання кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні (питання підготовки, розподілу, працевлаштування медичних кадрів, управління кадрами, підвищення мотиваційної складової тощо). Зазначений напрям включає в себе:

- розробку з урахуванням європейських вимог професійних стандартів фахівців сфери охорони здоров'я, що дозволить адаптувати підходи до встановлення нормативів по різних розділах медичної, соціальної, психологічної тощо видів допомоги і сприятиме раціональному використанню кадрових ресурсів охорони здоров'я.

- оптимізацію нормативно-правових актів щодо номенклатури спеціальностей і посад працівників сфери охорони здоров'я, кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей відповідно до світових критеріїв тощо.
- модернізацію обліково-звітної документації кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я, системи моніторингу та критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників, вироблення ефективних механізмів підвищення мотивації тощо.
- оптимізацію ведення реєстру фахівців у сфері охорони здоров'я, визначення питання залучення до цього питання організацій професійного самоврядування та делегування їм державою функцій з планування та управління персоналом відповідно до усталеної світової та європейської практики.

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

Ефективне перспективне кадрове планування можливе лише за умови наявності достовірної інформації про кількість медичних працівників (лікарів різного профілю та середнього медичного персоналу) в кожному регіоні і країні в цілому, перспективи їх природного руху. Тому для реалізації даного напрямку кадрової політики у сфері охорони здоров'я доцільно:

- удосконалити систему збору та обробки статистичної інформації щодо кадрового складу сфери охорони здоров'я, зокрема проводити облік всіх медичних кадрів певної адміністративної території незалежно від форми власності та підпорядкування закладів;
- створити автоматизовану систему регіональних центрів збору звітності щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я на відповідній території;
- забезпечити регулярне навчання персоналу регіональних кадрових служб сучасним методам збору даних, аналізу, планування, прогнозування і управління кадровими ресурсами сфери охорони здоров'я;



- забезпечити розробку, затвердження та виконання місцевих програм кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, яка б відповідала потребам медичної галузі в умовах децентралізації.
- оптимізувати підготовку менеджерів сфери охорони здоров'я з використанням сучасного досвіду країн Європейського Союзу.

### 3. Удосконалення системи мотивацій і стимулів

Серед першочергових завдань модернізації механізмів кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні доцільно визначити посилення системи мотивацій і стимулів. Для реалізації цього напрямку необхідно:

- запроваджувати сучасні підходи оплати вартості медичних послуг та створення відповідних можливостей підвищення заробітної плати медичним працівникам сфери охорони здоров'я в залежності від рівня кваліфікації медичних працівників, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;
- запровадити індикатори якості, процедуру анонімного анкетування споживачів послуг з охорони здоров'я для визначення ступеня задоволеності місцевої громади якістю надання цих послуг;
- забезпечити включення до місцевих програм кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я розділів, які передбачають отримання службового житла (будинки або квартири) з правом набуття права власності за умови тривалої безперервної роботи; створення умов щодо доступності регулярного підвищення професійного рівня медичних працівників шляхом максимального наближення освітніх послуг до місця проживання, у тому числі за рахунок дистанційних форм навчання; надання працівникам сфери охорони здоров'я, особливо первинної ланки, пільг на оплату комунальних послуг;
- з метою вдосконалення соціальної захищеності медичних працівників при здійсненні професійної діяльності необхідно створити систему державного соціального страхування відповідальності на випадок професійної помилки;

- забезпечити розробку та запровадження системи правового захисту працівників сфери охорони здоров'я від посягань на їхнє життя і здоров'я під час виконання посадових обов'язків.

#### *4. Оптимізація якості підготовки медичних кадрів*

Вкрай важливою складовою удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції є покращення якості медичних послуг шляхом не лише модернізації матеріально-технічного забезпечення галузі, але й підвищення професійного рівня персоналу. З цієї метою доцільно:

- оптимізувати використання пільг при вступі у вищі медичні навчальні заклади, запровадити психологічне тестування для визначення стартової мотивації та професійної придатності;
- посилити механізми вдосконалення підготовки кадрів (до-дипломної та післядипломної освіти за принципом “освіта протягом життя”), а саме практичної спрямованості підготовки фахівців, використання інноваційної складової та забезпечення їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці;
- забезпечити обов'язкову спеціальну підготовку управлінських кадрів, здатних працювати в умовах інтегрованої до світового співтовариства конкурентоспроможної національної економіки;
- посилити вимоги до акредитації та ліцензування медичної практики відповідно до чинних світових стандартів.

## **Висновки до розділу 2**

Проведено аналіз стану кадрового забезпечення охорони здоров'я в Україні на прикладі дерматовенерологічної служби, на прикладі якої визначено основні проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України.

Формування сучасної кадрової політики у сфері охорони здоров'я України з урахуванням європейського вектору розвитку спирається на засади нової Європейської політики ВООЗ “Здо-

ров'я-2020" та відповідає вимогам сучасної міжнародної нормативно-правової бази. Реалізація цієї політики можлива шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, інформаційних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів та має базуватися на міжсекторальному підході до вирішення питань кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я та спиратися на загальнолюдські цінності: визнання і захист права людини у сфері здоров'я, принципи солідарності, соціальної справедливості і стійкості, універсальність, право участі у прийнятті рішень, захист людської гідності, автономність, відсутність дискримінації, гендерну рівність, прозорість, підзвітність із залученням в процес інститутів громадянського суспільства та державних і недержавних установ враховуючи можливі перешкоди та запобігаючи їм заради досягнення головної мети – покращення здоров'я населення та зменшення показників смертності різних груп населення.

Одним з головних чинників успішної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я повинна стати дієва кадрова політика, врегульована відповідною нормативно-правовою базою на державному рівні (відповідна державна Концепція) та рівні місцевих громад в умовах децентралізації, підвищення відповідальності держави, громади та особистої відповідальності кожного за створення системи формування здорового способу життя та профілактики захворювань і має будуватися на принципі взаємної суспільної відповідальності.

## ВИСНОВКИ

Отримані в процесі дослідження результати свідчать про досягнення мети, вирішення поставлених завдань та дають підстави для формулювання низки узагальнюючих висновків, пропозицій та рекомендацій, що мають теоретичне і практичне значення.

1. Проведене дослідження стану державної кадрової політики в Україні показало, що дана проблематика має широкий науковий інтерес, що підтверджується наявністю наукових та аналітичних матеріалів в цій сфері, в яких розкрито основні дефініції, вказано проблеми, запропоновані пропозиції щодо напрямів розвитку державної кадрової політики. Разом з тим, на сьогодні дана проблематика так і не отримала інституціонального підкріплення – у нашій країні відсутня цілісна державна кадрова політика, що призводить до проблем з кадровим забезпеченням як на рівні держави, так і в окремих її сферах, зокрема і у сфері охорони здоров'я.

Дослідженням встановлено, що основними невирішеними проблемами кадрової політики України є відсутність стратегічного планування підготовки медичних кадрів та управлінців для сфери охорони здоров'я; недосконалість системи кваліфікаційних вимог для управлінських кадрів сфери охорони здоров'я; відсутність послідовного управлінського підходу до забезпечення кадрами.

2. Проведений системний аналіз правових та соціально-економічних аспектів кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України показав, що правова база носить абстрактний, загально-концептуальний характер, підзаконні акти досить часто не узгоджені між собою. Кадрова політика не має відповідного програмно-організаційного та фінансового забезпечення. Вищезазначене створює проблеми на шляху ефективного планування забезпечення кадрами усіх сфер суспільної діяльності в Україні, у тому числі і сфери охорони здоров'я.

Серед проблем, які потребують невідкладного вирішення, слід назвати такі:

- невідповідність кадрової політики вимогам трансформаційних процесів у державі, особливо у питаннях підготовки якісних управлінських кадрів, які здатні аналізувати, розробляти, відстоювати, реалізовувати, вчасно коригувати управлінські рішення, повною мірою відповідати за доручену справу;
- недосконалість законодавчої бази, яка не надає кадровим процесам правової обґрунтованості, урегульованості та захищеності, не враховує європейські стандарти в кадровій сфері;
- відсутність стратегічного управління щодо підготовки кадрів відповідно до потреб суспільства, яке передбачає кваліфіковане прогнозування, планування, постійне оцінювання кадрової ситуації в країні. Необхідно впроваджувати системний підхід до управління всіма ланками кадрової сфери, починаючи від профорієнтації молоді, профвідбору, профпідготовки і закінчуючи технологіями професійного розвитку на робочому місці;
- нерозвиненість кадрових інститутів, невпорядкованість, слабка функціональна визначеність кадрових структур;
- відсутність ефективної системи формування кадрового резерву у відповідності до компетенцій та компетентностей і вимог до освітнього рівня;
- недостатнє застосування наукових підходів, результатів наукових досліджень при виробленні та реалізації державної кадрової політики. Сфера наукового знання є дуже динамічною, тому наукове обґрунтування має бути постійним, обов'язковим процесом здійснення державного управління, зокрема у сфері кадрової політики.

3. Вивчення міжнародного досвіду кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я дає нам підстави стверджувати, що в різних країнах є різні підходи формування своєї кадрової політики у сфері охорони здоров'я, якими унормовано стратегічне планування підготовки кадрів, соціально-економічного забезпечен-

ня та інші питання. Разом з тим, проблеми людських ресурсів у сфері охорони здоров'я залишаються одними із тих, які потребують першочергового вирішення, навіть у найбільш економічно розвинутих країнах світу, що підтверджується експертами ВООЗ.

З огляду на вище сказане, в Україні потрібно вивчати міжнародний досвід, але формувати власну кадрову політику в сфері охорони здоров'я у відповідності до потреб та регіональних, соціально-економічних та інших особливостей країни.

4. Проведено аналіз стану кадрового забезпечення дерматовенерологічної служби в Україні, на прикладі якої визначено основні проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України, до яких належать: недостатня укомплектованість і забезпеченість медичними кадрами, зростання кількості медичних працівників пенсійного віку, диспропорційність кадрового забезпечення, проблеми підвищення рівня кваліфікації медичних кадрів, проблеми раціонального використання кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я.

Проведене наукове дослідження дає нам підстави запропонувати науково обґрунтовані шляхи удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я у відповідності до європейського вектору розвитку України з урахуванням засад нової Європейської політики ВООЗ "Здоров'я-2020" та інших вимог сучасної міжнародної нормативно-правової бази. Реалізація цієї політики має базуватися на міжсекторальному підході до вирішення питань кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я та спиратися на загальнолюдські цінності. Одним з головних чинників успішної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я повинна стати відповідна нормативно-правова база на державному рівні (державна Концепція) та рівні місцевих громад в умовах децентралізації, підвищення взаємної суспільної відповідальності держави, громади та особистої відповідальності кожного за створення системи формування здорового способу життя та профілактики захворювань.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### **Витяг з Резолюції Генеральної Асамблеї ООН 70/1 Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року: Сімнадцять цілей в галузі сталого розвитку**

*Ціль 3. Забезпечення здорового способу життя та сприяння  
благополуччю для всіх у будь-якому віці  
Тринадцять завдань з досягнення цілі 3.*

3.1	До 2030 р. знизити глобальний коефіцієнт материнської смертності до менше 70 випадків на 100 000 живонароджених
3.2	До 2030 р. покласти край запобіжної смертності новонароджених і дітей у віці до 5 років, при цьому всі країни повинні прагнути зменшити неонатальну смертність до не більше 12 випадків на 1000 живонароджених, а смертність у віці до 5 років – до не більше 25 випадків на 1000 живонароджених
3.3	До 2030 р. покласти край епідеміям СНІДу, туберкульозу, малярії і тропічних хвороб, яким не приділяється належної уваги, і забезпечити боротьбу з гепатитом, захворюваннями, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями
3.4	До 2030 р. зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики і лікування і підтримки психічного здоров'я і благополуччя
3.5	Покращувати профілактику і лікування залежності від психоактивних речовин, в тому числі зловживання наркотичними засобами та алкоголем
3.6	До 2020 р. вдвічі скоротити в усьому світі число смертей і травм в результаті дорожньо-транспортних пригод
3.7	До 2030 р. забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіта, і облік питань охорони репродуктивного здоров'я в національну стратегічну програмах
3.8	Забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я, в тому числі захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг та доступ до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх

*Продовження додатку А*

3.9	До 2030 р. істотно скоротити кількість випадків смерті і захворювання в результаті впливу небезпечних хімічних речовин і забруднення і отруєння повітря, води і ґрунтів
3.a	Активізувати при необхідності здійснення Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну в усіх країнах
3.b	Сприяти дослідженням і розробкам вакцин і лікарських препаратів для лікування інфекційних і неінфекційних хвороб, які в першу чергу стосуються країни, що розвиваються, забезпечувати доступність недорогих основних лікарських засобів і вакцин відповідно до Дохінської декларації “Угода ТРІПС та практика охорони здоров’я”, в якій підтверджується право країн, що розвиваються, в повному обсязі використовувати положення Угоди ТРІПС відносно прояву гнучкості для цілей охорони здоров’я населення і, зокрема, забезпечення доступу до лікарських засобів для всіх
3.c	<b>Істотно збільшити фінансування охорони здоров’я та набір, розвиток, професійну підготовку та утримання медичних кадрів в країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах і малих острівних державах, що розвиваються (виділення наше. – Автори)</b>
3.d	Нарощувати потенціал всіх країн, особливо країн, що розвиваються, в напрямку раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров’я

*Прийнято Генеральною Асамблеєю ООН 25 вересня 2015 року*



## Глобальна стратегія розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2030 р. – Резюме \*

Перспективне бачення	Прискорення прогресу в досягненні загального охоплення послугами охорони здоров'я та Цілей ООН в галузі сталого розвитку шляхом забезпечення справедливого доступу до працівників охорони здоров'я в рамках посилених систем охорони здоров'я
Загальна мета	Поліпшити результати здоров'я, соціального і економічного розвитку за допомогою забезпечення загальної наявності, доступності, прийнятності, охоплення і якості трудових ресурсів охорони здоров'я за допомогою адекватних інвестицій у зміцнення систем охорони здоров'я та здійснення ефективної політики на національному**, регіональному і глобальному рівнях
Принципи	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сприяти дотриманню права на найвищий досяжний рівень здоров'я.</li> <li>• Надавати соціально орієнтовані комплексні послуги охорони здоров'я без будь-якої стигматизації та дискримінації.</li> <li>• Сприяти правомочним і зацікавленим громадам.</li> <li>• Підтримувати особисті, пов'язані з зайнятістю і професійні права всіх працівників охорони здоров'я, включаючи безпечні і гідні умови праці і свободу від усіх видів дискримінації, примусу і насильства.</li> <li>• Ліквідувати засновані на гендерних відмінностях насильство, дискримінацію та харасмент.</li> <li>• Сприяти міжнародному співробітництву і солідарності відповідно до національних пріоритетів.</li> <li>• Забезпечувати дотримання етичних норм при прийомі на роботу відповідно до положень Глобального кодексу ВООЗ по практиці міжнародного найму персоналу охорони здоров'я.</li> <li>• Мобілізувати і підтримувати політичні та фінансові зобов'язання і сприяти залученості та співпраці всіх секторів і всіх зацікавлених сторін.</li> <li>• Сприяти інноваціям та використанню фактичних даних.</li> </ul>

Конкретні цілі	1. Оптимізувати ефективність, якість і вплив трудових ресурсів охорони здоров'я за допомогою заснованої на фактичних даних політики в галузі кадрових ресурсів охорони здоров'я, сприяти здоровому життю і благополуччю, ефективному загальному охопленню послугами охорони здоров'я, стійкості і посиленням систем охорони здоров'я на всіх рівнях.	2. Погоджувати інвестиції в кадрові ресурси охорони здоров'я з нинішніми і майбутніми потребами населення і систем охорони здоров'я, з огляду на динаміку ринку праці та стратегії в галузі освіти; вирішувати проблему нестачі кадрових ресурсів охорони здоров'я і покращувати їх розподіл з тим, щоб забезпечити можливість для максимального поліпшення результатів охорони здоров'я, соціального обслуговування, створення робочих місць та економічного зростання.	3. Створити потенціал установ на регіональному, національному, регіональному і глобальному рівнях для ефективного керівництва державною політикою, лідерства та управління діяльністю в області кадрових ресурсів охорони здоров'я.	4. Зміцнювати дані про кадрові ресурси охорони здоров'я для моніторингу та забезпечення підзвітності в цілях здійснення національних і регіональних стратегій, а також Глобальної стратегії
----------------	--	--	---	---

Глобальні орієнтири (до 2020 року)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всі країни мають інклюзивні інституційні механізми для координації міжсекторального порядку денного в галузі трудових ресурсів охорони здоров'я.</li> <li>• Всі країни мають підрозділ з кадрових ресурсів охорони здоров'я, що відповідає за розробку і моніторинг політики і планів.</li> <li>• Всі країни мають регулюючі механізми для сприяння безпеці пацієнтів і адекватного контролю приватного сектору.</li> <li>• Всі країни створили механізми акредитації медичних навчальних закладів.</li> <li>• Всі країни домагаються прогресу в створенні реєстрів кадрів охорони здоров'я для відстеження їх кількості, освіти, розподілу, потоків, попиту, можливостей і винагороди.</li> <li>• Всі країни домагаються прогресу в обміні даними про кадрові ресурси охорони здоров'я за допомогою національних рахунків з трудових ресурсів охорони здоров'я і щорічно представляють основні показники в Секретаріат ВООЗ.</li> <li>• Всі двосторонні і багатосторонні установи підсилюють оцінку трудових ресурсів охорони здоров'я та обмін інформацією.</li> </ul>
Глобальні орієнтири (до 2030 року)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всі країни домагаються прогресу в скороченні наполовину нерівностей у доступі до працівників охорони здоров'я.</li> <li>• Всі країни домагаються прогресу в поліпшенні показників успішного завершення навчання в навчальних закладах за медичними, медсестринськими та суміжними медичними професіями.</li> <li>• Всі країни домагаються прогресу в скороченні наполовину своєї залежності від навчених за кордоном працівників охорони здоров'я, здійснюючи Глобальний кодекс ВООЗ щодо практики міжнародного найму персоналу охорони здоров'я ***.</li> <li>• Всі двосторонні і багатосторонні установи підвищують синергізм в рамках офіційної допомоги розвитку в галузях освіти, зайнятості, гендеру та здоров'я на підтримку національних пріоритетів щодо зайнятості в охороні здоров'я та економічного зростання.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>В якості партнерів по досягненню Цілей ООН в галузі сталого розвитку, знижувати бар'єри доступу до послуг охорони здоров'я шляхом роботи над створенням, заповненням та збереженням принаймні 10 мільйонів додаткових робочих місць з повною зайнятістю в секторах охорони здоров'я та соціальної допомоги в метю задоволення потреб груп населення, які не отримують послуг в належному обсязі.</li> <li>В якості партнерів по досягненню Цілей ООН в галузі сталого розвитку, домагатися прогресу щодо мети 3с з тим, щоб підвищити фінансування охорони здоров'я та поліпшити набір, розвиток, підготовку і утримання кадрових ресурсів охорони здоров'я.</li> </ul>			
Основні напрямки діяльності Секретаріату ВООЗ в підтримку здійснення Глобальної стратегії	Розробка нормативних настанов; визначення порядку денного операційних досліджень для виявлення науково обґрунтованих варіантів політики; сприяння обміну прикладами найкращої практики; і здійснення технічного співробітництва щодо підготовки	Надання нормативного керівництва і здійснення технічного співробітництва, а також сприяння обміну прикладами найкращої практики в галузі планування і прогнозування трудових ресурсів, потреб системи охорони здоров'я, політики освіти, аналізу ринку праці в галузі охорони здоров'я і калькуляції витрат	Здійснення технічного співробітництва з державами-членами та створення потенціалу для розвитку основних можливостей в галузі розробки політики, планування та управління кадровими ресурсами охорони здоров'я, сфокусованими на потребах системи охорони здоров'я. Сприяння ефективній координації, узгодженості та	Вивчення корисності і надання підтримки розробці, зміцненню та оновленню інструментів, керівних принципів і баз даних, що містять дані і фактичну інформацію про роботу кадрових ресурсів здоров'я в умовах нормальної та надзвичайної обстановки. Сприяння надання країнами щорічної звітності Секретаріату ВООЗ щодо мінімального набору основних показників

	<p>кадрів охорони здоров'я, оптимізації кола практичних обов'язків різних категорій фахівців, науково обґрунтованих стратегій розподілу і утримання кадрів, врахування гендерних питань, наявності, доступності, прийнятності, охоплення, контролю якості та методів підвищення ефективності діяльності, включаючи зміцнення заходів державного регулювання.</p>	<p>на здійснення національних стратегій з кадрових ресурсів охорони здоров'я. Посилення доказової бази і прийняття макроекономічних і фінансових заходів, що сприяють збільшенню обсягу і більшої стратегічної спрямованості інвестицій в кадрові ресурси охорони здоров'я.</p>	<p>підзвітності глобального порядку денного з кадрових ресурсів охорони здоров'я шляхом створення мережі міжнародних зацікавлених сторін. Систематична оцінка наслідків для трудових ресурсів охорони здоров'я в результаті виконання технічних або стратегічних рекомендацій, представлених на сесіях Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я та регіональних комітетів. Здійснення технічного співробітництва в цілях розвитку потенціалу систем</p>	<p>кадрових ресурсів охорони здоров'я для моніторингу та підзвітності в рамках Глобальної стратегії. Надання країнам підтримки в створенні і зміцненні стандарту якості і повноти національних даних про трудові ресурси охорони здоров'я. Впорядкування і інтеграція всіх вимог до діяльності держав-членів ВООЗ з кадрових ресурсів охорони здоров'я. Адаптація, інтеграція і пов'язування моніторингу завдань Глобальної стратегії зі створюваним механізмом підзвітності Цілей ООН сталого розвитку. Розробка механізмів</p>
--	--	---	--	--

## Продовження додатку Б

			охорони здоров'я та кваліфікації працівників, в тому числі для подолання ризиків надзвичайних ситуацій та лих.	забезпечення збору даних для підготовки та подання доповіді про захист працівників охорони здоров'я, в якому буде узагальнено і проаналізовано досвід держав-членів і винесені рекомендації щодо дій для прийняття відповідними зацікавленими сторонами, включаючи відповідні заходи щодо попередження.
--	--	--	--	---

\* Повністю Глобальна стратегія доступна за посиланням [http://www.who.int/hrh/resources/pub\\_globstrathrh-2030/en/](http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/)

\*\* Політику і дії на "країновому" або "національному" рівні слід розуміти як актуальні для кожної країни відповідно до субнаціональними і національними обов'язками.

\*\*\* Глобальний кодекс ВООЗ щодо практики міжнародного найму персоналу охорони здоров'я доступний за посиланням [http://www.who.int/hrh/migration/code/full\\_text/en/](http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/en/)

## Додаток В

**Терміни підготовки за лікарськими спеціальностями  
у Європейському Союзі  
(Директива 93 / 16 / ЕЕС від 5 квітня 1993 року)**

Рік 1	Рік 2	Рік 3	Рік 4	Рік 5
Загальна практика Анестезіологія і реанімація Офтальмологія Оториноларингологія Загальна гематологія	Фізіотерапія Стоматологія Дерматовенерологія Алергологія			
Акушерство і гінекологія Педіатрія Пневмо-фтізіологія Патологічна анатомія Неврологія Психіатрія Кардіологія Гастроентерологія Ревматологія Клінічна біологія Радіологія Діагностична радіологія Радіотерапія Тропічна медицина Фармакологія	Дитяча психіатрія Мікробіологія-бактеріологія Медицина праці Біологічна хімія Імунологія Дерматологія Венерологія Геріатрія Нефрологія Інфекційні хвороби Комунальна медицина Біологічна гематологія Ядерна медицина Дентальна, оральна і щелепно-лицева хірургія (базова підготовка)			
Загальна хірургія Нейрохірургія Внутрішня медицина Урологія Ортопедія Пластична хірургія	Торакальна хірургія Судинна хірургія Нейропсихіатрія Педіатрична хірургія Гастроентерологічна хірургія Щелепно-лицева хірургія			

## Додаток Г

**Терміни підготовки за лікарськими спеціальностями  
у США (NRMP Directory, Graduate Medical  
Education Directory)**

Національний конкурс з відбору резидентів (NRMP)	Рік 1	Рік 2	Рік 3	Рік 4	Рік 5	Роки 6–7
	Внутрішня медицина			Вузька спеціалізація		
	Невідкладна медицина					
	Педіатрія			Вузька спеціалізація		
	Сімейна медицина					
	Акушерство та гінекологія					
	Патологія					
	Хірургія				Вузька спеціалізація	
	Загальна хірургічна підготовка	Нейрохірургія				
		Ортопедична хірургія				
		Отоларингологія				
		Урологія				
	Загальна медична підготовка	Анестезіологія				
		Дерматологія			Вузька спеціалізація	
		Медична генетика				
		Неврологія				
		Офтальмологія				
		Превентивна медицина			Вузька спеціалізація	
		Психіатрія				
		Радіологія і онкологія				
		Радіологічна діагностика				
		Спортивна медицина і реабілітація				
		Ядерна медицина				



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. – К.: НІСД, 2012. – 35 с.
2. Дані ДУ “Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>.
3. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку: наук. доп./авт. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К.О. Ващенко, Ю.П. Сурмін та ін.; за заг. ред. д-ра наук з держ. у пр., проф. Ю.В. Ковбасюка, д-ра політ. наук, проф. К.О. Ващенка, д-ра соц. наук, проф. Ю.П. Сурміна (кер. проекту). – К.: НАДУ, 2012. – 72 с.
4. Державна служба: підручник: у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентів України; редкол.: Ю. В. Ковбасюк (голова), О. Ю. Оболенський (заст. голови), С. М. Серьогін (заст. голови) [та ін.]. – К.; Одеса: НАДУ, 2012. – Т. 1. – 372 с.
5. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я; наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117– Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20020329\\_117.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020329_117.html).
6. Дорога утриманка [Електронний ресурс]. / Дзеркало тижня. – 2012. – Режим доступу: [http://dt.ua/HEALTH/doroga\\_utrimanka-86040.html](http://dt.ua/HEALTH/doroga_utrimanka-86040.html).
7. Дьомін О. Державна кадрова політика: система роботи з кадрами О. Дьомін, Г. Леліков, В. Сороко// Вісник державної служби України. – 2001.– №2. – С. 65–84.
8. Жук Н.Б. Державна кадрова політика [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.archivelviv.gov.ua/materials/publications/articles/derzhavna-kadrova-politika/> - Час доступу: 25.12.2016.
9. Кадри забезпечують успіх [Електронний ресурс]. / Ваше здоров'я. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=3813>.
10. Карпук В., Мусій О. Чи потрібне Україні лікарське самоврядування? // оновлено 05.08.2008. – Режим доступу: <http://sfult.org/smovryduvanay>.
11. Князевич В.М. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін / В.М. Князевич, Т.П. Авраменко, В.В. Короленко // Вісник Національної академії державного управління при Президентів України. Серія: Державне управління. – 2016. – № 1. – С. 56-65.
12. Коаліційна угода Верховної Ради України VIII скликання – Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MUS23590.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MUS23590.html).
13. Коба Н.М. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я / Коба Н.М., Ісаєнко Р.М., Короленко В.В.,

- Глушаниця О.Ф., Ременник О.І., Лазоришинець В.В. // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2012. – №2. – С. 16–22.
14. Коваль В. Заощаджувати на здоров'ї людей – негуманно і економічно невідповідно [Електронний ресурс] / Ваше здоров'я – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=4007>
  15. Короленко В.В. Охорона здоров'я США очима українського дерматовенеролога – делегата програми “Відкритий світ” / В. В. Короленко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2015. – № 1. – С.119–124.
  16. Короленко В.В.Порівняльні аспекти організації дерматологічної та венерологічної служби в провідних країнах Західної Європи і США / Короленко В.В., Степаненко В.І.// Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2011. – №2. – С.15-19.
  17. Короленко В.В. Проблеми державного управління дерматовенерологічною службою в ході реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я / Короленко В.В., Степаненко В.І., Хара О.І., Ісаєнко Р.М., Ременник О.І., Авраменко Т.П., Петрова К.І., Волосовець О.П., Лазоришинець В.В. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – №1. – С. 9–24.
  18. Короленко В.В. Державне управління кадровою політикою у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я на прикладі дерматовенерологічної служби / Короленко В.В., Дикун О.П., Ісаєнко Р.М., Ременник О.І., Авраменко Т.П., Степаненко В.І., Петрова К.І., Волосовець О.П., Лазоришинець В.В. // Лікарська справа – 2014. – № 9/10. – С.139–152.
  19. Короленко В.В. Проблеми координації та інтеграції діяльності ланок надання медичної допомоги в умовах реформування сфери охорони здоров'я України та їх значення у роботі дерматовенерологічної служби / Короленко В.В., Степаненко В.І. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – №3. – С. 10–15.
  20. Короленко В.В. Порівняльний аналіз підготовки кадрів для дерматовенерологічної служби у низці провідних країн світу // Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні. Матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції (Київ, 23 березня 2016 р.). – К.: ДКС-Центр, 2016. – С.79–82.
  21. Кузьменко Р.В. Основні моделі та пріоритети формування і розвитку соціальної політики України // Вісник Черкаського університету. – 2008. – №142. – С.70–75.
  22. Лехан В.М. Відміна наказу №33: проблеми позаду чи попереду? // Ваше здоров'я. – Створено 30/09/16. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/vidmina-nakazu-33-problemy-pozadu-chy-poperedu/>.
  23. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2010–2011 роки / Інформаційний довідник МОЗ України. – Київ: МОЗ. – 2012. – 68 с.

24. Можливості працевлаштування за кордоном для українських лікарів. Створено 27.08.2015. – Режим доступу: <http://operativno.info/ukraina/18-meditsina-i-zdorovye-ukraina/11869-mozhливost-pracevlashtuvannya-za-kordonom-dlya-ukrainskih-lkarv>.
25. МОЗ: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту / Ваше здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>.
26. Москаленко В. Ф. Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я / Москаленко В.Ф., Грузева Т.С. // Главный врач. – 2007. – № 1. – С. 32–40.
27. Москаленко В. Ф. Наукові перспективи формування кадрових ресурсів охорони здоров'я в Україні на етапі розвитку первинної медико-санітарної допомоги / Москаленко В.Ф., Латишев Є.Є., Ледощук Б.О. // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 2. – С. 20–29.
28. Оболенський О.Ю. Державна служба: Навч. посіб. – К.: КНЕУ, 2003. – 344 с., с. 297.
29. Оплата праці медичних працівників: відповідь МОЗ. – Оновлено 2016 -10-17. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/388071>.
30. Освіта на експорт. [Електронний ресурс] / Україна-Бізнес. Видавничий дім. – Режим доступу: <http://www.ukrbizn.com/headline/153-osvta-na-eksport.html>.
31. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
32. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів [Електронний ресурс] / Дані Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України." Режим доступу: [http://uiph.kiev.ua/uploads/regiony\\_reform\\_galuzi/kyiv.pdf](http://uiph.kiev.ua/uploads/regiony_reform_galuzi/kyiv.pdf)
33. Поляченко Ю.В. та ін. Медична освіта у світі та в Україні. – К., "Книга плюс": 2005. – 384 с.
34. Попченко Т. П. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я [Електронний ресурс]. / Аналітична записка Національного інституту стратегічних досліджень при Президентові України – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>.
35. Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою, наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. № 742. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1368-07>.
36. Про вищу освіту, Закон України від 1 липня 2014 року № 1556-VII – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
37. Про внесення змін до Закону України "Про вищу освіту" щодо працевлаштування випускників, Закон України від 6 жовтня 2016 року № 1662-VIII. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1662-19>.
38. Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України, постанова Кабінету Міністрів України

- від 7 серпня 2013 р. № 538. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/538-2013-%D0%BF>.
39. Про втрату чинності наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 року № 33, наказ МОЗ України від 02.09.2016 р. № 928. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20160902\\_0928.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160902_0928.html).
  40. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні, наказ МОЗ та АМН України від 12.09.2008 р. № 522/51. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20080912\\_522\\_.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080912_522_.html).
  41. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110801\\_454.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html).
  42. Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу, наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 512. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110815\\_512.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html).
  43. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичної освітою у закладах охорони здоров'я, наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02>.
  44. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, Постанова Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-%D0%BF>.
  45. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>.
  46. Про подальше удосконалення атестації лікарів, наказ МОЗ України від 19.12.1997 №359. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98>.
  47. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / Посібник підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”. – Київ, 2009. – 72 с.
  48. Слабкий Г.О. Кадрова політика [Електронний ресурс]. / Дані Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України. – Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>.
  49. Справа лікарів. Українських медиків переманюють працювати за кордон. / Створено 19.07.2015. – Режим доступу: <http://medytsyna.com/sprava-likariv-ukrayinskih-medikiv-peremanyuyut-pratsyuvati-za-kordon/>.
  50. Степаненко В.І. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив рефор-

- мування дерматовенерологічної служби в Україні / Степаненко В.І., Короленко В.В. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – №1(44). – С. 10–18.
51. Степаненко В.І. Проблеми державного управління дерматовенерологічною службою в ході реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я / Степаненко В.І., Короленко В.В., Хара О.І., Ісаєнко Р.М., Ременник О.І., Авраменко Т.П., Петрова К.І., Волосовець О.П., Лазоричинець В.В.// Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – №1. – С. 9–24.
  52. Стратегія державної кадрової політики на 2012-2020 роки, Указ Президента України від 1 лютого 2012 року № 45/2012. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/45/2012>.
  53. Стратегія сталого розвитку “Україна - 2020”, Указ Президента від 12 січня 2015 року № 5/2015. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>
  54. Томилиן С.А. Демография и социальная гигиена. – К.: Межрегиональный издательский центр “Мединформ”, 2007. – 420 с.
  55. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, на 2014–2017 роки (Угоду ратифіковано із заявою Законом № 1678-VII від 16.09.2014) – Режим доступу: [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/984_011).
  56. Україна - донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>
  57. Україна перетворюється на країну-донора медичних кадрів (МОЗ України) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20080624\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20080624_0.html).
  58. Bero, Lisa A., et al. “Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings.” *British Medical Journal* 1998 Aug 15;317(7156):465-8.
  59. Bligh JG Trends in medical education *Eur J Dent Educ.* 1998;2(1):2-7.
  60. Braun S, Dwenger N. Success in the university admission process in Germany: regional provenance matters. *Higher Educ.* 2009;58:71-80.
  61. Dezee KJ, Artino AR, Elnicki DM, Hemmer PA, Durning SJ. Medical education in the United States of America *Med Teach.* 2012;34(7):521-5.
  62. Establishing a European centre for disease prevention and control, REGULATION (EC) No 851/2004 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 21 April 2004 – Режим доступу: [http://ecdc.europa.eu/en/aboutus/Key%20Documents/0404\\_KD\\_Regulation\\_establishing\\_ECDC.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/aboutus/Key%20Documents/0404_KD_Regulation_establishing_ECDC.pdf).
  63. EUR/RC62/12 Rev.1 European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services – Режим доступу: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1).

64. EUR/RC62/8 Health 2020: policy framework and strategy – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc628-health-2020-policy-framework-and-strategy>.
65. Eurydice. Eurypedia: national system overview on education systems in Europe, 2011. [http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/eurypedia\\_en.php](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/eurypedia_en.php). Accessed March 07, 2016.
66. Flores-Mateo G; Argimon JM. Evidence based practice in postgraduate healthcare education: A systematic review”. BMC Health Serv Res 2007; 7: 119.
67. Health workforce and services Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030. WHA69/38 – Режим доступу: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_38-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-en.pdf).
68. Marsden JS. An insider’s view of the American and UK medical systems. The British Journal of General Practice. 2006;56(522):60-62.
69. Martinho AM. Becoming a Doctor in Europe: Objective Selection Systems American Medical Association Journal of Ethics December 2012, Volume 14, Number 12: 984-988.
70. Soria M, Guerra M, Gimenez I, Escaenro JF. La decision de estudiar medicina: características. Educacion Medica. 2006;9(2):91-97. <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9n2/original4.pdf>. Accessed March 7, 2016.
71. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 – Режим доступу: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>
72. Van Zanten M, Norcini JJ, Boulet JR, Simon F. Overview of accreditation of undergraduate medical education programmes worldwide Med Educ. 2008 Sep;42(9):930-7

## ВДЯЧНІСТЬ

Висловлюємо щиру вдячність всім, хто надав допомогу під час виконання наукового проекту.

Автори глибоко вдячні рецензентам нашої роботи – доктору медичних наук, професорові **Зюкову Олегу Леонідовичу** та доктору наук з державного управління, професорові **Кризині Наталії Павлівні**, які люб'язно взяли на себе обов'язок опрацювати наш рукопис.

Окрему вдячність адресовано:

Доктору наук з державного управління, професорові **Анатолію Петровичу Рачинському** – за неоціненні поради, висловлені під час роботи над рукописом.

Магістру державного управління **Роману Миколайовичу Ісаєнку** – за допомогу в отриманні медико-статистичної інформації.

Науково-практичне видання

Короленко В.В., Юрочко Т.П.

**КАДРОВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ  
ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ**

Монографія

Формат 60x84/16. Ум.-друк. арк. 5,58. Тираж 300 пр. Зам. № 025-18.

Видавець та виготівник “Видавництво КІМ”  
Свідectво про внесення до державного реєстру суб’єктів  
видавничої справи серії ДК № 2888 від 3.07.2007 р.  
03680, м. Київ, вул. Кржижанівського, 3  
ОКТБ – корп. 5, оф. 140. Тел.: (044) 502-41-23.