

Істотною причиною їх недосконалості, з одного боку, є відсутність чітких механізмів державного управління даною сферою, а з іншого – недостатність ґрунтовних наукових досліджень, які б охоплювали весь спектр державного регулювання правовідносин у різних сферах діяльності медичної галузі і базувалися б на кращих зразках світових практик.

### Список використаної літератури

1. Проект Закону України "Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20131001\\_0.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20131001_0.html)
2. Литовченко Т. Міністерство планує ліцензувати лікарів / Тимур Литовченко. – 2013. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pic.com.ua/ministerstvo-planuje-litsenzuvaty-likariv.html#sthash.5ZH5UX7H.dpuf>
3. Питання впровадження індивідуальних ліцензій медичних працівників [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pravomedprof.blogspot.com/2014/07/blog-post.html?spref=fb>

**Чала Н.Д.,**

*доктор наук з державного управління, доцент  
завідуюча кафедрою Школа охорони здоров'я  
Національного університету «Києво-Могилянська академія»*

### **Фіктивний людський капітал в охороні здоров'я:**

#### **недосконалість вітчизняного законодавства чи менеджменту**

Посилення ринкової конкуренції та інтелектуалізація економіки призвели до розуміння суб'єктами господарювання важливості підготовки висококваліфікованої робочої сили. Це, у свою чергу, призвело до формування нової управлінської парадигми, яка базувалася на формуванні та розвитку людського капіталу. Вперше у науковий обіг термін «людський капітал» було введено у 60-х роках ХХ ст., а у 1992 році присудження Нобелівської премії у галузі економіки Г. Беккеру саме за розвиток теорії людського капіталу сприяло світовому поширенню цих інноваційних ідей. Подальші наукові дослідження співвідношення між інвестиціями в освіту та формуванням людського капіталу, а також його розвитком та зростанням продуктивності економіки призвели до виявлення процесів фіктивізації людського капіталу – зростання частки людського капіталу, на формування якого витрачаються значні ресурси, але який при цьому не буде корисно використаний і не сприятиме економічному зростанню, не принесе користі суспільству [1]. При цьому фіктивне використання людського капіта-

лу може бути наслідком ринкової недосконалості ринку праці, коли організація не готова надати можливості носію людського капіталу залучити наявний його запас, або спричинено особистими мотивами людини.

Обмежена конкуренція серед вітчизняних закладів охорони здоров'я призводить до того, що фактично основним завданням керівника є укомплектувати штат, а не забезпечувати розвиток людського капіталу організації [2, с.39-49; 3]. Галузь демонструє низьку професійну мобільність і високу закритість, коли керівником закладу охорони здоров'я, згідно з чинним законодавством та ліцензійними вимогами, може стати тільки лікар. Кар'єрне зростання в системі охорони здоров'я України є вельми обмеженим, а матеріальні чинники стимулювання більшою мірою залежать від неформальної вдячності пацієнта.

Підготовка кадрів для сфери охорони здоров'я відбувається у ВНЗ державної форми власності, де 66,7% студентів навчаються за контрактом, що становить 47,7 тис. осіб. Направлення на роботу у 2015 році отримали 31,6% випускників. [5, с. 25]. За даними Міністерства охорони здоров'я України дефіцит лікарів у сфері охорони здоров'я становить 20,7%, а медичних сестер – 21,3% [3]. У розрізі окремих спеціальностей та в сільській місцевості спостерігається ще більший кадровий дефіцит.

За результатами опитування, проведеного Світовим банком, більшість лікарів та медичних сестер визнали відсутність у них інтересу до використання наявних на сьогоднішній день кар'єрних можливостей, стверджуючи, що цими можливостями скористатися нереально (44%) [2, с. 41]. Як наслідок, зростає число кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції, за даними Національного інституту стратегічних досліджень при Президенті України щорічно з України за кордон виїжджає понад 6 тис. медиків [4].

Таким чином, у системі охорони здоров'я спостерігається ситуація, коли у ВНЗ спостерігається високий конкурс, більше половини студентів здобувають освіту за власний кошт, навчаючись на контрактній формі навчання, але здобувши кваліфікацію вони залишають галузь. Можна було би говорити про зміну кон'юнктури ринку праці і не вірно прийняті інвестиційні рішення, але кадровий дефіцит медичних працівників демонструє зворотні процеси. Отже, описана ситуація наочно ілюструє формування людського капіталу в охороні здоров'я, який не використовується, тобто (у введений термінології) є фіктивний. В умовах обмеженості ресурсів створення фіктивного капіталу є прямими економічними втратами, що у подальшому може призвести до банкрутства. Найефекти-

внішим розв'язком ситуації, що склалася Міністерство охорони здоров'я України бачить надання можливості лікарю бути приватним підприємцем [3]. Вважаємо, що такий підхід значно спрощує описану ситуацію. Потрібно додатково дослідити мотиваційні чинники, які крім матеріального заохочення, мають і інші складові.

Водночас сучасний тренд інноваційного розвитку потребує принципово нових підходів при підготовці фахівців. На приклад, Державний департамент праці і зайнятості США [6] оцінює, що у найближчі 10 років число робочих місць у сфері біомедичної інженерії збільшиться на 31,4%. За даними «Wall Street Journal»: охорона здоров'я США робить ставку на вирошування штучних органів і розвиток систем візуалізації. В цих сферах кількість робочих місць збільшиться на 72%. Міністерство охорони здоров'я України, навіть на рівні дискусій, не готово допустити у галузь фахівців немедицинських спеціальностей. Доволі стримано і упереджено сприймається прийняття на роботу у системі охорони здоров'я інженерів, економістів, соціологів та інших фахівців, які мають не медичну базову освіту. Такий стан речей створює не ефективне використання ресурсів: на підготовку економіста для закладу охорони здоров'я потрібно до 6 років, підготовка лікаря потребує до 10 років. Отже, можемо зробити ще один висновок, що кадрова політика в охороні здоров'я концептуально зосереджена на формуванні фіктивного людського капіталу і стримує інноваційний розвиток галузі.

### **Список використаних джерел**

1. Грішнова О.А., Брінцева О.Г. Фіктивний людський капітал: сутність, характерні особливості, чинники формування // Демографія та соціальна економіка, 2015, 1(23):90-101
2. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я України. Спільне дослідження Міжнародного банку реконструкції та розвитку та Світового банку. – 2015. - Режим доступу: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)
3. Старча Т.М., Волосовець О.П., Клоченко І.В., П'ятницький Ю.С., Булах І.Є., Соколова Л.В., Фисун Ю.І. Сучасні завдання вищої медичної освіти та кадрового забезпечення реформування галузі. – 2015. - Режим доступу: [www.umsa.edu.ua/volosovets\\_2015.pdf](http://www.umsa.edu.ua/volosovets_2015.pdf)
4. Попченко Т. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка Інституту стратегічних досліджень при Президенті України. Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>
5. Основні показники діяльності вищих навчальних закладів України на початок 2015/16 навчального року. Статистичний бюлетень Державної служби статистики України. – К. - 2016. – 171с.
6. Joachim H. Nagel «Educational Programs for the Enhancement of Human Resources and the Augmentation of Technical Advancement in the Field of Medical Engineering in Europe», NEDO Forum Fukuoka and Special Meeting Tokyo, 2002