



Національна академія державного управління
при Президентіві України

ЗАВДАННЯ ДЕРЖАВИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЕФЕКТИВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Матеріали науково-практичної конференції
(Київ, 22 квітня 2015 р.)



Deloitte.

Київ
2015

УДК 35.08:351:77](06)

313

313 Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 22 квіт. 2015 р.) / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. – ДКС-Центр, 2015. – 160 с.

У матеріалах науково-практичної конференції приділено увагу сучасним технологіям формування і розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, висвітлено напрями удосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних та управлінських кадрів галузі охорони здоров'я, розглянуто особливості реалізації державної кадрової політики системи охорони здоров'я.

Призначені для наукових, науково-педагогічних працівників, теоретиків і практиків державного управління, а також усіх, хто цікавиться питаннями формування та реалізації державної кадрової політики системи охорони здоров'я.

УДК 35.08:351:77](06)

Матеріали публікуються в авторській редакції.

Матеріали науково-практичної конференції видані за підтримки Проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) “Реформа ВІЛ-послуг у дії”, який реалізується в Україні компанією “Делойт Консалтинг” (Deloitte Consulting)

ISBN 978-966-2339-94-9

© Національна академія державного управління при Президентіві України, 2015

Т.П.Авраменко,

кандидат наук з державного управління,
докторант кафедри управління охороною
суспільного здоров'я НАДУ

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СИСТЕМНИХ ЗМІН В УКРАЇНІ

«Відмінність державного діяча від політика полягає в тому, що політик орієнтується на наступні вибори, а державний діяч - на наступне покоління.»

Вінстон Черчилль

Характерною особливістю державотворення в сучасній Україні є системні зміни: зміни в усіх сферах соціального, економічного та політичного життя суспільства і держави. Реформи стали ключовою ознакою перетворень в нашій країні.

Слід зазначити, що будь-яка соціальна система в своєму закономірному розвитку в певний час досягає такого найвищого рівня, при якому існуючі форми і методи управління цією системою вичерпують адекватні ресурси відновлення інтелектуального та кадрового потенціалів [1].

Зі зміною політичної, економічної і соціальної ситуації в Україні корінним чином змінилися вимоги до керівників всіх рангів не тільки у виробничій сфері, але і в соціальній. Все більше цінуються компетенція людини, його професійна підготовка, сприйнятливність до нововведень

і творчого пошуку. Особливо актуально це для сфери охорони здоров'я, адже реформування даної галузі віднесено до пріоритетних напрямів реформ, зазначених як у «Стратегії реформ – 2020», Коаліційній угоді так і в Угоді про асоціацію між ЄС та Україною. Тому сьогодні вкрай актуальним є питання формування ефективного кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я, що має стати рушійним організаційно-правовим та управлінським механізмом впровадження змін в охороні здоров'я.

Реформаційні процеси у сфері охорони здоров'я у свою чергу показують, що сучасні керівники повинні мати не тільки високий рівень медичних знань, але і добре орієнтуватися в питаннях фінансів, страхування, володіти методами стратегічного планування й управління, вміти ухвалювати комплексні рішення і контролювати їх виконання, забезпечувати цілеспрямовану діяльність організації, володіти мистецтвом встановлювати і підтримувати взаємовідносини з людьми, тобто бути ефективним управлінцем змін [1].

Кафедра управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України має більш ніж двадцятилітній досвід підготовки магістрів державного управління для сфери охорони здоров'я. Разом з тим, вважаємо, що сьогодні настав час, який потребує пошуку нових форм та методів навчального процесу. Тому нами було проведено опитування керівників сфери охорони здоров'я для виявлення основних проблем в управлінській ланці кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я та визначення потреби в освітніх програмах з державного управління охороною здоров'я.

Анкетування проводилось серед медичної спільноти методом анонімного опитування працівників сфери охорони здоров'я – керівників закладів охорони здоров'я (44 %), заступників керівників ЗОЗ (21 %), завідуючих відділеннями (11 %), державних службовців (17 %) та інших працівників керівного складу охорони здоров'я з різним стажем роботи, віком, статтю. Об'єм вибірки склав 258 анкет. Слід зауважити, що хоча така вибірка не є репрезентативною, отримані в процесі опитування результати мають високий рівень надійності: по-перше, це були представники як міських, так і сільських медичних закладів; по-друге, під час проведення дослідження було встановлено, що розширення вибірки суттєво не впливає на загальну результативність, оскільки відповіді не мали суттєвих розбіжностей.

Дослідження показало, що переважна більшість керівників сфери

охорони здоров'я (89 %) – фахівці з базовою медичною освітою. Але лише трохи більше половини (57 %) – мають спеціальну освіту з управління (організація і управління охороною здоров'я (біля 50 %) чи магістр державного управління (7 %)). При цьому, майже 42 % респондентів вказали, що наявність (відсутність) спеціальної освіти з управління ніяким чином не впливає на їхнє кар'єрне зростання. Разом з тим, майже 90 % респондентів відчувають брак знань у питаннях управління сферою охорони здоров'я і зацікавлені в освітніх програмах (але, переважно, короткотермінових: тренінги, курси підвищення кваліфікації, он-лайн навчання) у цьому напрямі, зокрема щодо таких питань: менеджмент, економіка охорони здоров'я, законодавство у сфері охорони здоров'я, державна політика в сфері охорони здоров'я, управління змінами та моделювання управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, а також питання психологічних аспектів управління.

Таким чином, опитування показало, що сьогодні потрібна нова парадигма підготовки управлінців сфери охорони здоров'я, основана на триєдності їх ролі: конструктора, стратега та лідера. Тобто це означає, що як конструктор, управлінець охорони здоров'я повинен усвідомлювати зміну ролі організаційної структури і потребу у більшій її гнучкості. Як стратег, він повинен визнавати міжорганізаційну залежність та важливість зовнішніх зв'язків, що стають все більш очевидними, і які, в свою чергу, залежать від процесів прийняття рішень в межах даної організації охорони здоров'я. І, нарешті, як лідер, управлінець сфери охорони здоров'я повинен забезпечувати розвиток культури організації охорони здоров'я у відповідності до змін, які відбуваються у внутрішньому та зовнішньому середовищі [1].

Адже в той час, як організації охорони здоров'я змінюються, щоб пристосуватися до нових внутрішніх і зовнішніх викликів, багато таких традиційних способів керівництва, як: ієрархічна драбина, мотивація, основи влади і комунікаційні засоби залишаються старими. Сьогодні управлінці охорони здоров'я повинні «заново винайти свою професію», щоб пристосуватися до нових вимог, які виникають на шляху до якісно нової системи охорони здоров'я та управління нею.

Для цього, передусім, потрібно:

- змінити принципи освітніх програм з управління охороною здоров'я, привести їх до сучасних міжнародних стандартів підготовки та перепідготовки управлінських кадрів, включаючи: систему оцінки

управлінських компетенцій слухачів і моніторингу якості навчання; запрошення провідних українських і зарубіжних експертів; виконання слухачами наскрізних проектних робіт, тематична спрямованість яких відповідає основним напрямам реформування охорони здоров'я України; застосування інноваційних освітніх технологій (проектне навчання, кейсова методика, тренінги, застосування імітаційних ігор у процесі навчання) тощо;

- внести зміни до підпункту 1 пункту 6 Розділу II Положення про Національну академію державного управління при Президентові України в частині «...підготовка...., перепідготовка і підвищення кваліфікації...» не лише державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування [3], але й осіб, прирівняних до них, які одержують заробітну плату за рахунок бюджету, а також особи, які надають публічні послуги;

- внести зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117 «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників, ВИПУСК 78 Охорона здоров'я» [2] в частині встановлення вимог до освітнього рівня керівників системи охорони здоров'я, зокрема здобуття другої вищої освіти (магістр) за спеціальністю «Державне управління у сфері охорони здоров'я».

Список використаних джерел

1. Білинська М. М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я / М. М. Білинська, Т. П. Попченко // Державне управління: теорія та практика. – 2006. – № 1. – Режим доступу до журн. : <http://nbuv.gov.ua/e%2Djournals/DUTP/2006%2D1>.
2. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 Охорона здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 берез. 2002 р. N 117 – Редакція від 23 груд. 2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020329_117.html.
3. Питання Національної академії державного управління при Президентові України : Указ Президента України від 13 верес. 2001 р. № 850/2001 – Редакція від 25 лют. 2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon1.rada.gov.ua/laws/show/850/2001>.

О.В. Балусьва,
доктор економічних наук, доцент,
проректор з наукової роботи ДонДУУ
(м.Маріуполь)

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ І УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Характерною особливістю державотворення в сучасній Україні є якість і доступність надання медичної допомоги населенню країни залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їх професійного рівня, тому реалізація ефективної кадрової політики в системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери. Складовими успіху розвитку медицини в будь-якій країні є професійна освіта, профільна наука і практична діяльність. Через це важко переоцінити роль вищих медичних навчальних закладів в реформуванні системи охорони здоров'я України, яка полягає в об'єднанні освіти, практичної медицини (лікувальна робота) і науки (розробка нових методів і засобів лікування). Медична освіта є надзвичайно важливим розділом освіти, оскільки даний етап підготовки кадрів забезпечує якість медичного обслуговування населення та створює передумови для розвитку медичної науки.

Основні проблеми медичної освіти в Україні сьогодні – це: неповна відповідність стандартам ЄС і ВФМО; зниження якості підготовки медичних кадрів внаслідок низької мотивації студентів і викладачів до самоудосконалення; незначна кількість університетських клінік (4); невідповідність умов навчання вимогам часу, застосування застарілих педагогічних технологій, низький рівень соціального захисту викладачів,

інформатизації навчального процесу і відповідності самостійної роботи студентів та ін. Впровадженню змін перешкоджають нерозуміння викладачами та громадськістю завдань і мети євроінтеграції, недосконалість законодавства, недостатність фінансування вищої школи, високий рівень педагогічного навантаження на викладача та ін.

Виходячи з необхідності реформування галузі охорони здоров'я, на нашу думку, основними завданнями даного процесу є наступні: підвищення доступності і якості медичних послуг; розвиток матеріально-технічної бази медичних установ; оптимізації мережі медичних установ по організації екстреної медичної допомоги; удосконалення і реформування бюджетного фінансування галузі; створення механізмів ефективного управління і контролю якості надання медичних послуг; удосконалення кадрової політики; орієнтація на пріоритетність профілактики і раннього виявлення захворювань.

Але досягнення цілей реформування є неможливим без використання досягнення вузівської і академічної науки. На наш погляд, створення університетських клінік, які здійснюють впровадження нових лікувально-діагностичних технологій, постійний розвиток медичного персоналу, навчання і підготовку кадрів, проведення медичних досліджень на основі доказової медицини є пріоритетним напрямками в реформуванні галузі.

Зарубіжний досвід переконливо свідчить, що майбутнє медичних вузів тісно пов'язане з університетськими клініками, функціонування яких дозволяє об'єднати підготовку і перепідготовку кадрів, наукові дослідження і надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги населенню. Дана організаційна форма виступає як база для якісної підготовки молодих фахівців, перш за все, хірургічного профілю, для впровадження сучасних технологій і розвитку нових напрямів медицини. Сьогодні належний рівень розвитку медичної освіти і науки має реалізуватися тільки паралельно з функціонуванням сучасних університетських клінік, в яких мають бути створені умови для діагностики і лікування, і, які б виступали не тільки клінічною базою для підготовки студентів, інтернів, курсантів, але і надавали високоспеціалізовану (третинну) допомогу. Створення університетських клінік в Україні є нагальною вимогою часу і стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО) по підготовці лікарів і передбачає реалізацію таких основних завдань:

підвищення ефективності участі професорсько-викладацького складу в організації і проведенні лікувального процесу;
використання потенціалу практичних лікарів в науково-дослідній роботі і педагогічному процесі;
оптимізація фінансово-економічної діяльності і врегулювання правових аспектів інтеграції університету і лікувально-профілактичних установ.

Слід зазначити, університетська клініка – це єдина форма медичної системи, що самоудосконалюється, саморегулюється, самовідновлюється, як єдиний організму, де наука веде за собою практичних лікарів, а практичні лікарі підкріплюють наукові дослідження своїм реальним досвідом.

Значне зниження рівня практичної підготовки випускників медичних ВНЗ обумовлено недостатнім фінансуванням ВНЗ для навчання студентів малими групами і забезпечення сучасного рівня оснащення клінічних кафедр, зменшення кількості баз для проведення виробничої практики, неврегульованістю правових аспектів залучення пацієнтів до навчального процесу.

В умовах нестачі бюджетних асигнувань на охорону здоров'я й поширення страхової медицини стає необхідним перехід на новий рівень медичної допомоги з використанням новітніх управлінських технологій, серед яких особлива увага приділяється формуванню єдиного інформаційного простору. Враховуючи розвиток медичних інформаційних технологій, експоненціальне зростання медичної інформації, нагальну необхідність євроінтеграційного розвитку медичної освіти має бути створене підґрунтя для формування єдиного медичного інформаційно-освітнього простору.

В контексті формування єдиного медичного інформаційно-освітнього простору і удосконалення практичної підготовки медичних кадрів, важливим є співпраця з європейським науковим простором. Що є особливо важливим для формування єдиного інформаційно-освітнього простору, розробки та підтримки великої кількості різноманітних докторських програм, що базуються на загальній системі кваліфікацій, уникаючи при цьому надмірного регулювання. Разом з тим, слід враховувати те, що сприяння розвитку третього циклу, підвищення статусу, перспектив кар'єрного росту та фінансування дослідників-

початківців є необхідними передумовами досягнення європейських цілей щодо покращення можливостей здійснення наукової діяльності, підвищення якості та конкурентоспроможності вищої освіти в Європі.

Список використаних джерел

1. Балуєва О.В. Пріоритетні напрями розвитку і удосконалення медичної освіти / Балуєва О.В., Сухінін М.В. // Зб. наук. праць Донецького державного університету управління «Сучасні проблеми державного управління різними сферами і галузями економіки». Серія «Державне управління». – Донецьк: ДонДУУ, 2011. –Т. XII. – Вип. 202. – С. 149 – 156.
3. Балуєва О.В. Дослідження змісту проблем реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я в роботах українських науковців: джерельний аналіз / М.В. Сухінін О.В. Балуєва // Менеджер. Вісник ДонДУУ. – 2011. - №3 (57). – С. 53 – 58.

В.М.Бухта,

студентка відділення: «Медична сестра-
магістр «Житомирського інституту
медсестринства»

ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На даному етапі розвитку системи охорони здоров'я проводиться її реформування, яке визначено Державною програмою «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Підходи до реформи галузі охорони здоров'я науково обґрунтовані і носять комплексний характер.

Значне місце в проведенні реформи займає організація офтальмологічної допомоги населенню, враховуючи медичне, економічне та соціальне значення патології органу зору.

Мета роботи: науково обґрунтувати систему оптимізації профілактичної офтальмологічної допомоги населенню України в умовах реформування галузі охорони здоров'я для підвищення м'якості та ефективності.

Матеріали і методи. В ході роботи використовувалися методи системного підходу, інформаційно-аналітичний, бібліосемантичний.

Організація системи офтальмологічної допомоги - складне і багатокомпонентне поняття, яке об'єднує два аспекти: об'єктивний (організація офтальмологічної допомоги в закладах охорони здоров'я) та суб'єктивний (офтальмологічна допомога, як вона сприймається медичними працівниками та пацієнтами).

Структурна компонентна системи офтальмологічної допомоги населенню характеризується і оцінюється можливістю первинної ланки ПМСД надавати медичну допомогу при патології органу зору,

відповідно до компетенцій сімейних лікарів, мережею спеціалізованих офтальмологічних кабінетів та стаціонарних відділень другого та третього рівнів надання медичної допомоги, рівнем забезпечення і якістю ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних, інформаційних) та організаційних форм офтальмологічної допомоги.

Таким чином, структура характеризує умови для забезпечення якісною та доступною офтальмологічною допомогою. Структурний аспект визначається як по відношенню до закладу охорони здоров'я (структурні підрозділи) з їх ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і до кожного медичного працівника системи офтальмологічної допомоги окремо. В цьому випадку оцінюються його професійні якості: сума знань, умінь, навичок з надання офтальмологічної допомоги із застосуванням сучасних клінічних технологій.

Крім того, важливим аспектом структурної компоненти є наявність галузевих нормативів офтальмологічної допомоги та їх знання і вміння застосовувати у клінічній практиці медичними працівниками. Процесна компонента системи офтальмологічної допомоги є складовою сучасного управління організацією медичної допомоги пацієнтам в цілому, оскільки вона задіяна в лікувально-діагностичному процесі на всіх етапах та рівнях надання медичної допомоги та переплітається з іншими медичними спеціальностями. Вона включає технології надання спеціалізованої офтальмологічної медичної допомоги на всіх рівнях, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з офтальмологічної допомоги, взаємовідносин між медичним персоналом в межах локальних клінічних протоколів, лікуючими лікарями та пацієнтами.

Таблиця 1

Організаційна структура служби офтальмологічної допомоги

<i>Структура</i>				<i>Процес</i>		<i>Результат</i>	
Первинна медико-санітарна допомога	Організаційна структура поліклінічної допомоги	Організаційна структура стаціонарної допомоги	Ресурсне забезпечення	Надання амбулаторної та стаціонарної допомоги різних рівнів	Використання сучасних клінічних технологій	Доступність та своєчасність медичної допомоги	Якість та результативність спеціалізованої медичної допомоги

За даними наукової літератури, результативність медичної допомоги на 80-95% залежить від дефектів організації та управління, рівня професійної підготовки лікарів-офтальмологів, якості обладнання, застосування технологій з доведеною ефективністю, а також від рівня підготовки управлінців охорони здоров'я. Тобто розв'язання проблем щодо підвищення ефективності діяльності служби офтальмологічної допомоги лежить у площині удосконалення її структури із визначенням видів та обсягів медичної допомоги за рівнями її надання, починаючи з первинної ланки, розвиток якої є пріоритетним в країні та в межах госпітальних округів.

З метою підвищення рівня якості і діагностики захворювань на первинному рівні рекомендується оснащення сімейних амбулаторій офтальмологічним обладнанням відповідно до таблиця оснащення сімейних амбулаторій та створення умов для проведення скринінгових досліджень на раннє виявлення глаукоми та інших хвороб органу зору, що підтверджується і досвідом діяльності системи первинної медичної допомоги країн Європи, ЄС та СНД. За допомогою таких скринінгових досліджень можна забезпечити виявлення захворювань, що призводять до втрати зору, на доклінічному етапі їх розвитку та провести своєчасне якісне лікування і реабілітацію.

Стаціонарні офтальмологічні відділення з метою надання стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги другого рівня рекомендовано для створення у лікарнях інтенсивного лікування другого рівня, а центрів мікрохірургії ока - на базі відділень офтальмології обласних лікарень.

Така структурна перебудова служби офтальмологічної допомоги, в якості експерименту, має проводитися в рамках відпрацювання пілотних проектів з оптимізації системи надання медичної допомоги в Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві. Вона дозволить забезпечити впровадження сучасних клінічних технологій та підвищити якість медичної допомоги із зниження рівня повної та часткової сліпоти хворих на хвороби органу зору при більш раціональному використанні всіх видів ресурсів: кадрових, фінансових, матеріально-технічних.

Виходячи з цього, безперервне підвищення якості офтальмологічної допомоги передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів діяльності системи в цілому (системний підхід) шляхом постійної модифікації і вдосконалення як

її складових, так і взаємозв'язків між ними, виявлення і вирішення існуючих проблем.

Важливою складовою концептуальної моделі розвитку служби офтальмологічної допомоги на регіональному рівні є її кадрове забезпечення, яке передбачає забезпечення офтальмологічної служби кваліфікованими спеціалістами та фахівцями з безперервним підвищенням їх професійної майстерності.

Висновок. Оптимізація системи охорони здоров'я, яка започаткована Президентом України, передбачає необхідність подальшого розвитку системи медичної допомоги на засадах, які мають забезпечити:

- доступність якісних медичних послуг відповідно до медичних показань для всіх тих, хто їх потребує;
- впровадження сучасних високоефективних медичних технологій, заснованих на доказах;
- відповідність структури медичних послуг, які фінансуються за рахунок державних коштів, реальним медичним потребам різних груп населення;
- захист населення від зубожіння, пов'язаного з необхідністю самостійно оплачувати необхідні медичні послуги, у тому числі при отриманні спеціалізованої офтальмологічної допомоги;
- підвищення ефективності використання всіх наявних у системі медичної галузі видів ресурсів.

Список використаних джерел

1. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення : [аналіт. матеріали] / В. В. Лазоришинець, В. П. Бідний, М. В. Банчук; за ред. З. М. Митника. - К. : МОЗ, УІСД, 2010. - 107 с.
2. Лехан В. М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні : [спільний звіт] / В. М. Лехан, В. М. Рудий; Світовий банк. Європ. коміс. Швед. Агентство з міжнар. Розвитку; за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого - К. : Вид-во Раєвського, 2005. - 167 с.
3. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, П. О. Слабкий, М. В. Шевченко. - К., 2009. - С. 30-31.

Д.М.Бухта,

студент відділення: «Медична сестра-
магістр «Житомирського інституту
медсестринства»

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Багаторічна практика та наукові дослідження свідчать, що ефективність і якість медичної допомоги залежать не лише від об'єму хірургічних втручань, кількості застосованих медикаментів та інше, але і від можливості застосування сучасних методів фізіотерапії. Істотним питанням застосування фізіотерапії є стан фізіотерапевтичної мережі, яка включає фізіотерапевтичні відділення та кабінети, фізіотерапевтичні поліклініки та лікарні, обласні лікарні відновлювального лікування, санаторії, санаторії-профілакторії, відділення відновлювального лікування тощо.

Аналіз показує, що у 70 % хворих фізичні методи лікування призначаються в перші 3-5 днів, у 20 % - на 5-10-й день і у 10 % — через 10 днів. Це відображає сучасний напрямок фізіотерапії — раннє призначення фізичних факторів для досягнення максимального ефекту з дотриманням певної специфічності на кожному етапі (стаціонар, поліклініка, реабілітаційний центр, санаторій тощо).

Методи фізіотерапії широко використовуються у відновлювальному лікуванні на рівні різних структур: від сільської лікувальної амбулаторії до стаціонарних і поліклінічних реабілітаційних центрів. У цьому аспекті слід відзначити, що в Україні створені і функціонують (у ряді областей при неповному навантаженні) багатопрофільні лікарні відновлювального лікування. За своєю суттю — це центри відновлювального лікування, які мають бути збережені і повинні працювати на всю потужність (Кіровоградська обласна бальнеолікарня у Знам'янці, бальнеолікарня

“Чорні води” в Бахчисараї, Миколаївська бальнеолікарня, Київська обласна бальнеолікарня в Миронівці та ін.).

Мета роботи: науково обґрунтувати перспективні підходи до розвитку служби фізіотерапії в Україні за для підвищення якості та ефективності лікування пацієнтів.

Нами підтверджено розвиток нового напрямку — створення відділень ранньої реабілітації хворих на базі санаторно-курортних закладів, що ґрунтується на трьох основних питаннях, які поліпшують відновлювальне лікування.

Перше – правильний, науково обґрунтований відбір і направлення хворих до санаторіїв та відділень реабілітації.

Друге – безпосереднє використання методів фізіотерапії для реабілітації хворих різного профілю. Використання стандартизованих методів, методичних рекомендацій та інструкцій поліпшує відновлювальне лікування і забезпечує доступ до відповідних сучасних досліджень. Як зазначено в останніх документах Європейського регіонального бюро ВООЗ, що стосуються лікування та реабілітації хворих на інсульт, «використання неефективних видів лікування являє собою даремну витрату і без того мізерних ресурсів».

Третє – необхідність створення стандартного переліку заходів, які дозволяють оцінити кінцеві результати відновного лікування, спрямовані на можливість порівняльного аналізу його наслідків у різних лікувально-профілактичних установах, регіонах держави, країнах.

На сьогодні проведено заходи для утворення системи ранньої реабілітації хворих різного профілю. Однак не можна забувати і про період пізньої реабілітації (пізнього відновлення — до 2-3 років після гострого періоду), у рамках якого з використанням методів фізіотерапії можна зробити багато для поліпшення якості життя хворих. Цей напрям також потребує наукового обґрунтування і розвитку в санаторно-курортних закладах.

У лікувально-оздоровчих установах України методи фізіотерапії знайшли досить широке застосування в загальному комплексі протирецидивного лікування диспансерних груп хворих. Щоправда, відсоток використання при деяких захворюваннях продовжує залишатися низьким. Більш широко фізіотерапія застосовується у хворих (дорослих і дітей) з хронічними неспецифічними захворюваннями легень, ревматичними і неревматичними захворюваннями, хронічними

захворюваннями ЛОР-органів і нервової системи.

Значним резервом в удосконаленні та розвитку фізіотерапевтичної допомоги, етапності й спадкоємності в лікуванні фізичними факторами є організація і проведення фізіотерапії вдома, в першу чергу інвалідам, дітям, що часто і тривало хворіють. На жаль, фізіотерапевтична активність у цілому вельми обмежена. Доцільно створювати пересувні бригади для відпуску процедур вдома.

Висновки: Потребує удосконалення система підготовки і підвищення кваліфікації лікарів-фізіотерапевтів. Необхідно здійснити приплив молодих, кваліфікованих лікарів, які пройшли спеціальну підготовку з фізіотерапії на кафедрах вищих навчальних закладів (інтернатура з фізіотерапії). Фізіотерапія як один із провідних напрямів в терапії і як галузь медичної науки має досить добрі перспективи.

- Роль фізичних методів у лікуванні профілактиці та реабілітації найрізноманітніших захворювань з кожним роком зростає.

- У фізіотерапії наявне велике коло невирішених, суперечних і мало вивчених наукових, практичних та організаційних проблем, які стимулюватимуть розвиток предмету і сприятимуть зростанню його ролі в медицині.

- Фізіотерапія найтісніше пов'язана з фізичними дисциплінами і технікою, досягнення в яких обов'язково стимулюватимуть розвиток фізичної терапії.

Список використаних джерел

1. Пономаренко Г.Н., Біофізичні основи фізіотерапії. / Г.Н. Пономаренко, Н.Н. Турковській.- СПб, 2003.-152 с.
2. Степанов Є.Г. Основи курортології. / Є.Г. Степанов Навч. посібник. - Харків: ХНАМГ, 2006. - 326 с.
3. Пономаренко Г.Н. Загальна фізіотерапія. / Г.Н. Пономаренко К.: Вид. Купріянова О.О., 2004.-384 с.

Н.О.Васюк,

к.держ.упр., доцент кафедри управління
охороною суспільного здоров'я
Національна академія державного
управління при Президентові України

КЕРІВНІ КАДРИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУТНІСТЬ ПОНЯТЬ

Об'єкт кадрової політики характеризується різними поняттями. Найзагальнішими є термін “людський фактор”. Вужчим поняттям є “кадри”, під яким розуміють тільки постійних і кваліфікованих працівників. Кадри являють собою і об'єкт, і мету кадрової політики, реалізація якої передбачає формування, розподіл та раціональне використання кваліфікованих робітників. Термін “кадри” має широке та вузьке значення. У широкому розумінні – це поняття визначається як похідне від французького слова *cadre* – “особовий склад”, як основний склад кваліфікованих працівників якої-небудь організації установи тощо. У вузькому розумінні кадри – це окремі працівники, кадри апарату, які мають виконувати функції управління [1].

Кадри є найбільш стабільним соціальним елементом суспільства і держави, носієм їх традицій та досвіду. А керівні кадри мають зберігати ці якості навіть при зміні суспільно-політичного спрямування державних інститутів і їх структури [2].

Поняття “кадри” визначають суть поняття “кадрова політика”. Персонал – це весь склад установ. Кадри – це не лише штатні кваліфікаційні працівники, а кадри, що відповідають своєму робочому місцю [3].

Енциклопедичний словник з державного управління визначає поняття “кадри” таким чином – у широкому розумінні – це штатні працівники різних сфер суспільного виробництва, підприємств, установ, організацій,

які мають відповідну професійну підготовку, практичні навички або досвід роботи в певній сфері діяльності та забезпечують досягнення цілей організації, де вони працюють. У більш вузькому, професійному розумінні кадри – це частина найбільш здібного, професійно підготовленого персоналу підприємства, установи, організації, що наділені відповідним статусом та виконують як виробничі, так і розпорядчо-управлінські та керівні функції. Державно-управлінські кадри – державні службовці та посадові особи місцевого самоврядування – це працівники, які займають посади в органах державної влади та їх апараті або в органах місцевого самоврядування, мають відповідні повноваження та одержують заробітну плату за рахунок державного або місцевого бюджетів. Їх професійна діяльність спрямована на практичне виконання завдань і функцій державного управління та місцевого самоврядування. Увесь арсенал заходів, форм і методів, пов'язаних з діяльністю кадрів, забезпеченням різних сфер життя суспільства, підприємств, установ, організацій кваліфікованими працівниками складає зміст кадрової роботи [4].

Керівні кадри у сфері державної служби – це спеціально сформована група працівників органу державної влади, здатна до керівної діяльності й заміщення більш високих державних посад, чії компетенції відповідають вимогам для зайняття керівної посади, має необхідні професійно-ділові, морально-етичні та особистісні якості та пройшла відбір і спеціальну управлінську підготовку. Якщо характеризувати керівний персонал як об'єкт управління, можна виділити такі його характеристики [1]:

- фізіологічні (здоров'я, працездатність, витривалість, стать);
- психологічні (комунікабельність, таланти, захоплення, стиль мислення);

- соціокультурні, які, у свою чергу, поділяються на особистісні (світогляд, ініціативність, дисциплінованість, мотивація) та професійно-ділові (освіта, знання, навички, кваліфікація).

Керівник – це особа, на яку офіційно шляхом призначення (обрання, затвердження) покладено функції керівництва державною або будь-якою іншою організацією. Наділений формально регламентованими правами і обов'язками, зокрема, правом ставити юридично владні вимоги і застосовувати засоби дисциплінарного впливу до органів і осіб, які знаходяться в його підпорядкуванні по службі. Представляє організацію у взаємовідносинах з іншими організаціями. Основне призначення керівника – забезпечення ефективного функціонування, сталого розвитку

організації. Реальний його вплив на діяльність організації базується на офіційних повноваженнях і особистому авторитеті, організаторських здібностях. Керівник в державному управлінні – посадова особа державного органу або його апарату, інші державні службовці, на яких законами або іншими нормативними актами покладено здійснення організаційно-розпорядчих функцій. Функції, які виконують керівники в державному управлінні, обумовлюють виділення основних їх категорій, зокрема керівників низової, середньої та вищої ланок. Категорії керівників на державній службі в Україні визначаються відповідно до Закону України “Про державну службу”, шляхом класифікації посад. Основним критерієм класифікації посад державних службовців є організаційно-правовий рівень органу, який приймає їх на роботу, обсяг і характер компетенції на конкретній посаді, роль і місце посади в структурі державного органу. Статус керівника визначається сукупністю прав і обов’язків посадової особи, яка здійснює функції керівництва під час виконання нею своїх службових обов’язків [4].

Керівник безпосередній – це такий керівник, хто очолює щось особисто, без посередництва, спрямовує процес, впливає на розвиток, стан управлінського процесу, розпоряджається, дає вказівки, настанови, які треба брати до уваги в процесі діяльності. Керівник – це особа, на яку офіційно покладені функції управління колективом і організації його діяльності. Керівник безпосередній несе юридичну відповідальність за функціонування групи підлеглих перед вищою інстанцією і має певні можливості санкціонування – покарання і заохочення підлеглих із метою впливу на їх виробничу активність. Це поняття найчастіше використовується у вітчизняній літературі. У традиційному розумінні керівник безпосередній – це, насамперед, управлінець, основна місія якого – скеровувати, управляти. Керівництво завжди пов’язане з владою. Це феномен, похідний від офіційних формальних відносин, тому має безпосереднє відношення до державного управління [4].

Керівництво – це керівний склад органу влади, до якого входять керівник органу та його заступники. За іншим визначенням – це інструктивний документ, який містить правила виконання чогось, настанови та норми поведінки в певній сфері діяльності [4].

Аналіз наукових праць українських учених свідчить про те, що у сфері охорони здоров’я існують поняття “спеціаліст з державного управління охороною здоров’я”, “менеджер в охороні здоров’я”, “керівник медичного закладу”. На перший погляд ці поняття є дуже

схожими, але, дослідивши їх значення, виявлено певні відмінності, а саме:

– спеціаліст з державного управління охороною здоров'я – це державний службовець, як правило лікар за фахом, який обіймає ту чи іншу посаду на державній службі у сфері охорони здоров'я (наприклад, очолює районне чи працює в обласному управлінні охороною здоров'я) [5];

– менеджер в охороні здоров'я – це, насамперед, не державний службовець, часто і не лікар, який працює в лікувально-профілактичному закладі чи очолює його та виконує організаційну роботу щодо реалізації замовлення на контрактних засадах. Як правило, менеджер може мати юридичну чи економічну освіту [6];

– керівник медичного закладу – це менеджер технологічного профілю, який здійснює загальне керівництво тими чи іншими медичними технологічними процесами, координує дії окремих її ланок і об'єднує зусилля колективу для досягнення мети й отримання високого результату [7].

Одним з першочергових напрямків процесу формування кадрової політики України варто вважати об'єктивізацію відбору на керівні посади. Адже саме професіоналізм визначатиме успіх чи неуспіх, виживання чи не виживання медичної установи, охорони здоров'я України – як галузі в цілому, в нових для нашої країни умовах сучасної ринкової економіки. Професіоналізм – це, насамперед, здатність державного службовця, колективу державних службовців визначати з урахуванням умов і реальних можливостей найбільш ефективні шляхи та способи реалізації поставлених перед ними завдань у межах нормативного визначення повноважень. Високий професіоналізм – одна з основних і найважливіших якостей сучасного керівника.

Професіоналом можна вважати працівника, який успішно вирішує завдання, згідно зі своїми службовими обов'язками; має здібності до професії, а також мотивацію до цієї роботи; задоволений працею; досягає бажаних для суспільства результатів шляхом виконання своїх функцій; використовує сучасні технології; засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії); виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність; досягає необхідного рівня професійних особистісних якостей, знань і вмінь; відкритий для фахового навчання, здобуття досвіду, змін; соціально активний; відданий професії; готовий до якісної та кількісної оцінки власної праці тощо [8].

Особливість галузі охорони здоров'я полягає в необхідності двох типів керівників: менеджерів та управлінців. Це пов'язано з тим, що на сьогодні в галузі охорони здоров'я функціонують два типи організацій [9].

Перший тип – державні заклади охорони здоров'я (лікарні, поліклініки, клініки при медичних науково-дослідних інститутах, санітарно-епідеміологічні станції, центри здоров'я тощо) функціонують як організації, які не є самостійними господарюючими суб'єктами. Такі заклади охорони здоров'я отримують фінансування з державного бюджету, держава чітко визначає і контролює всі статті витрат. Згідно з Конституцією, в Україні медична допомога надається населенню безкоштовно, й державні лікувально-профілактичні заклади не можуть установлювати за неї плату. Перелік медичних послуг, які можуть сплачуватися пацієнтами, не значний. Тому керівника державного лікувально-профілактичного закладу можна назвати управлінцем, а не менеджером.

Друга категорія управлінців – державні службовці, працівники органів державної влади, керівники органів управління охороною здоров'я. Вони формують державну політику та стратегію в галузі охорони здоров'я, організують соціальне управління охороною громадського здоров'я.

Другий тип – заклади охорони здоров'я недержавної форми власності, що функціонують як самостійні господарюючі суб'єкти в умовах ринку. Управління такими закладами забезпечують менеджери в галузі охорони здоров'я.

Першим документом, у якому зазначено, що медичний менеджмент є новою для України спеціальністю, була програма реорганізації медичної допомоги “Перспектива-2010”. Ця програма була схвалена на Першому всеукраїнському з'їзді медичних працівників у 1999 р. У програмі зазначалось, що медичний менеджмент – це цілком нова кваліфікація. Менеджер у сфері медичної допомоги керує інфраструктурою з метою ефективної організації діяльності надання медичних послуг. Такий спеціаліст має, з одного боку, підпорядковувати організаційні структури медичної допомоги завданням виконання замовлення, а з іншого – представляти інтереси сфери професійної медичної діяльності перед замовником з інших сфер, наполягаючи на таких обмеженнях параметрів замовлення, які продиктовані закономірностями організації охорони здоров'я [9].

Відповідно до об'єкту нашого дослідження пропонуємо визначення цього словосполучення в широкому розумінні: керівні кадри системи охорони здоров'я – 1) це посадові особи (державні службовці та посадові особи місцевого самоврядування), яким делеговані права і обов'язки владного характеру, що формують державну політику і стратегію в системі охорони здоров'я; 2) це професійно підготовлені працівники, які покликані виконувати функції управління системи охорони здоров'я; 3) здійснюють керівництво інфраструктурою з метою ефективної організації діяльності надання медичних послуг.

Таким чином, пропонуємо удосконалити зміст дефініції поняття “керівні кадри системи охорони здоров'я” шляхом конкретизації змісту цього поняття: це посадові особи, яким делеговані права і обов'язки владного характеру, що дають змогу формувати та реалізовувати державну політику і стратегію галузі та здійснювати керівництво її інфраструктурою з метою забезпечення ефективної діяльності з надання якісних медичних послуг.

Список використаних джерел

1. Кадрова політика і державна служба : навч. посіб. / С. М. Сьєогін, Н. Т. Гончарук, Н. А. Липовська та ін. ; за заг. ред. проф. С. М. Сьєогіна. – Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2011. – 352 с.
2. Кадрова політика і державна служба : конспект лекцій / уклад. : В. М. Сороко. – К. : НАДУ, 2009. – 104 с.
3. Щокін Г. В. Соціальна теорія та кадрова політика : монографія, / Г. В. Щокін. – К. : МАУП, 2000. – 576 с.
4. Енциклопедичний словник з державного управління : довідков. вид. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. – К. : НАДУ, 2010. – 819 с.
5. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції : автореф. дис. ... канд. держ. упр. : 25.00.02 / Курило Т. М. ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2006. – 20 с.
6. Крыштопа Б. П. Менеджер в здравоохранении / Б. П. Крыштопа, И. М. Андреева – К. : [б. и.], 1995. – 118 с.
7. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / М. В. Банчук, В. П. Марценюк. – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2010_3/files/DU310_02.pdf. – Назва з екрана.
8. Радиш Я. І. Із досвіду формування професійної моделі керівника системи охорони здоров'я / Я. І. Радиш // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3/4. – С. 25–29.
9. Баєва О. В. Менеджмент в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. В. Баєва. – Режим доступу : http://pidruchniki.ws/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_-_bayeva_ov. – Назва з екрана.

Б.О.Волос,

кандидат медичних наук,
доцент, професор кафедри соціальної
і гуманітарної політики ХарРі НАДУ

РЕОРГАНІЗАЦІЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Підтверджуючи право кожної людини на найвищий можливий рівень фізичного і психічного здоров'я, світова спільнота констатує, що глобальний тягар неінфекційних захворювань (НІЗ) - один із основних викликів ХХІ століття, який підриває соціально-економічний поступ світу та ставить під загрозу досягнення Цілей тисячоліття в області розвитку.

Однак обмежені можливості та висока вартість традиційних лікувально-діагностичних підходів, спрямованих на зниження поширеності та смертності внаслідок НІЗ, зумовлюють нагальну необхідність творення новітньої охороноздоровчої стратегії, яка базується на ефективних, недороговартісних програмах формування засад здорового способу життя (ЗСЖ) та профілактики НІЗ.

Успішність вказаної стратегії значною мірою залежить від запровадження в діяльність закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) сучасних профілактичних технологій, інформаційних просвітницьких програм та програм підготовки медиків з питань профілактики НІЗ і боротьби з ними.

Разом з тим брак наведених складових новітньої стратегії в Україні зумовлює високу поширеність в популяції ФР, незадовільний стан

здоров'я населення та системи його охорони, низький рівень цільової підготовки спеціалістів первинної ланки. Так, понад 80% медиків ПМСД не знають критеріїв діагностики ФР, лише 23% вважають первинну профілактику ефективним засобом зміцнення здоров'я, сумніваються відносно можливостей профілактики 71%; 6% респондентів вважають проведення її недоцільним. 19% медиків не проводять корекцію ФР та не виховують у пацієнтів навичок ЗСЖ; 22% здійснюють вказану роботу епізодично.

Виходячи з цього, нами опрацьовано програму профілактики НІЗ та формування засад ЗСЖ, складовими якої стали: 1) система індивідуального, популяційного моніторингу ФР та показників стану здоров'я («Картка обліку ФР»); 2) інформаційна система корекції ФР; 3) система мотивації медика до здійснення профілактичної роботи. Перші дві складові Програми - «система моніторингу та корекції факторів ризику...» згідно указу Президента України планувалась до запровадження на національному рівні у термін до 2010 року [2].

Система моніторингу факторів ризику - «Картка обліку ФР» (як складова картки амбулаторного пацієнта) дає можливість забезпечити облік та динаміку в процесі спостереження 8 факторів ризику, а також низки показників стану здоров'я пацієнта на основі наведених у «Картці» критеріїв діагностики.

Заходи щодо усунення конкретних ризик-чинників та формування засад ЗСЖ здійснюють середній медичний працівник і лікар, використовуючи другу складову Програми – «Інформаційну систему корекції факторів ризику». Вона виконана у вигляді «методички», знаходиться у медика первинної ланки, містить свідчення доказової медицини стосовно ініціюючого впливу окремих ризик-чинників на виникнення неінфекційних захворювань, подає перспективи покращення прогнозу за умов усунення ФР, наводить конкретні підходи щодо боротьби з ними (включаючи й медикаментозну корекцію) та пропонує рекомендації ВООЗ стосовно формування засад ЗСЖ.

Вказана програма профілактики НІЗ, окрім реалізації її на рівні ПМСД, може використовуватись в діяльності закладів освіти, санаторно-курортної сфери, в процесі підготовки та підвищення кваліфікації медиків, педагогів, державних службовців тощо. Профілактичні заходи у дошкільних закладах та школах можуть здійснюватися силами спеціально підготовлених вихователів, педагогів, медиків у рамках державної системи безперервного медико-гігієнічного навчання,

створення якої передбачено Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України та досі не реалізовано [3].

Використання наведеної Програми профілактики в умовах регіонального демонстраційного проекту сприяло підвищенню рівня компетенції спеціалістів громадського здоров'я з питань попередження НІЗ, покращенню планування заходів диспансеризації та оптимізації контролю за ефективністю здійснюваної медиками профілактичної роботи.

Реалізація програми профілактики передбачає підготовку медиків первинної ланки з питань діагностики ФР, показників здоров'я та з правилами користування Інформаційною системою корекції ФР задля здійснення заходів із формування ЗСЖ та боротьби з конкретними ризик-факторами. З урахуванням значної кількості спеціалістів ПМСД, які підлягатимуть навчанню та поточному контролю спеціальних знань і вмінь, видається раціональним долучити до процесу підготовки медиків Центри здоров'я. Спеціалісти Центрів після відповідного навчання на базі профільних науково-дослідних установ зможуть забезпечувати підготовку середнього медичного персоналу та лікарів не лише з питань здійснення профілактичних технологій, а й проведення стандартизації з епідеміологічних методик діагностики неінфекційних захворювань. Зокрема – методики виявлення стенокардії навантаження, рекомендованої ВООЗ та регламентованої до використання в амбулаторно-поліклінічних закладах наказом МОЗ України. Досвід, однак, засвідчує ігнорування медиками вказаної затратно-ефективної методики медико-санітарної допомоги.

Щодо системи мотивації медика до здійснення профілактичних технологій, то вона, відповідно до запропонованої програми профілактики, повинна здійснюватись за рахунок цільового оподаткування тютюнових та алкогольних виробів. Оптимальний варіант - щорічне преміювання спеціалістів за результатами аналізу поширеності ФР, показників здоров'я обслуговуваного населення, їх динаміки тощо. Планування останніми концептуальними документами МОЗ [1] «екстреного» комплексу профілактики НІЗ, стимулювання праці медика, цільового оподаткування тютюну та алкоголю формує підґрунтя для системного запровадження у практику оригінальної профілактичної програми, нехтуваної управлінцями впродовж десятиліть та спрямованої на здійснення новітньої стратегії охорони здоров'я та на виконання Україною взятих на себе міжнародних зобов'язань у сфері зміцнення громадського здоров'я.

Енциклопедичний словник з державного управління визначає поняття “кадри” таким чином – у широкому розумінні – це штатні працівники різних сфер суспільного виробництва, підприємств, установ, організацій,

Список використаних джерел

1. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров’я України на 2015-2025 роки. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://uoz-zak.gov.ua/uploads/doc/1/4/9/149.pdf>
2. Указ Президента України «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» від 4 лютого 1999р. № 117/ 99
3. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. «Концепція розвитку охорони здоров’я населення України» // Офіц. Вісник України. - №.49

І.В.Гущук,

кандидат медичних наук, Головне
управління Держсанепідслужби у
Рівненській області

ДО ПИТАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я, В КОНТЕКСТІ “НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ПОБУДОВИ НОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ПЕРІОД 2015-2025”

З підтвердженням Україною незворотнього курсу на євроінтеграцію перед нашою державою постала низка надзвичайно важливих соціально-економічних проблем, які потребують першочергового вирішення. Серед них і побудова нової Національної системи охорони здоров'я, в основі якої лежить в т.ч. і зміна кадрової політики МОЗ [1, с.25]. При цьому акцентується увага на необхідність розбудови системи громадського здоров'я, яка направлена на попередження виникнення хвороб, продовження активного життя і зміцнення здоров'я та, в свою чергу, першочергово базується на засадах превентивної (профілактичної) медицини. Необхідно зауважити, що і в колишньому Радянському Союзі, і в перші роки незалежності України, комплексними профілактичними, міжгалузевими заходами займалась Держсанепідслужба (ДСЕС), яку очолював Головний державний санітарний лікар, він же, за посадою, був першим заступником Міністра охорони здоров'я. В деяких медичних інститутах функціонували спеціалізовані «санітарно-гігієнічні факультети», які ціленаправлено готували випускників по спеціальності (за фахом) соціалгігієніст, організатор охорони здоров'я, надалі лікар гігієніст-епідеміолог. До речі, випускники таких факультетів не тільки здавали більше екзаменів та заліків, а й мали право після річного стажування очолити ЛПЗ на відміну від випускників інших факультетів, які потребували для цього 5-річного медстажу.

Починаючи з 1995р. поступове вилучення наглядових та

контрольних функцій ДСЕС з передачею їх іншим міністерствам та відомствам (екологічній інспекції, ветслужбі, держбудінспекції, укрінвестекспертизі, споживзахисту, охороні праці, продовольчій інспекції, освітянській інспекції, держлікслужбі, держсоцзахворювань тощо) не принесли суттєвого покращення екологічної та епідемічної ситуації в Україні, при цьому кількість державно-бюрократичного апарату зросла в десятки разів. За період 2007-2009 років були знищені 2 фундаментальних принципи щодо організації державного санітарно-епідеміологічного нагляду: запобіжний нагляд та проведення раптових обстежень.

Не зважаючи на те, що формування кадрового потенціалу є одним із основних напрямків розвитку та покращення державної служби, а забезпечення державного управління висококваліфікованими спеціалістами - це складний багатогранний та безперервний процес, який передбачає підвищення ефективності всієї системи державної служби [2, с.16-17], в період 2011-2012 років на догоду бізнесполітичному середовищу, кількість посад у ДСЕС, без будь-яких обґрунтованих пояснень, скорочено вдвічі (майже на 25 тисяч). При цьому заходи по створенню інституту державних службовців в системі Держсанепідслужби під час "реформування" відбувалось вкрай непродумано, хаотично, а з позиції кадрового забезпечення - це був найпотужніший удар, який перевів кадрову політику Служби в площину внутрішньосистемного конфлікту Станом на 29.12.12р. проведено ліквідацію санепідстанцій (СЕС) на районному, міському та обласному рівнях, на томість відбулось створення територіальних органів - Головних управлінь та державних установ - Лабораторних центрів як окремих юридичних осіб із спільними завданнями та функціями, але структурно розділених з підпорядкуванням їх виключно по вертикалі, на рівні Києва. Це призвело до виникнення цілої низки проблем, переважна частина з яких мала і має, до цього часу, цілком прогнозований характер і пов'язана, насамперед із руйнацією системи управління та організації державного санітарно-епідеміологічного нагляду. Найгірше в цій ситуації — це те, що Служба втратила та втрачає цілі покоління висококваліфікованих та досвідчених спеціалістів на підготовку яких держава витратила від 10 до 30 років., а вони могли б стати тим кадровим мобілізаційним ресурсом при створенні нової моделі громадського здоров'я. Чи маємо ми достатній запас часу (від 7 років) по підготовці (чи перепідготовці) лікаря профілактика (гігієніста, епідеміолога, бактеріолога, вірусолога, паразитолога та ін.) для системи громадського здоров'я?

На мою думку, розбудова системи захисту громадського здоров'я (далі-СЗГЗ) в Україні через впровадження базового принципу “Здоров'я в усіх політиках держави” можливо лише за умови визнання керівної ролі МОЗ спільно з громадянським суспільством - в міжгалузевому та міжсекторальному партнерстві щодо реалізації вищевказаного підходу. В цьому випадку утворення СЗГЗ, яка буде мати функціональну дотичність до всіх сфер середовища життєдіяльності людини, є логічним кроком у дотриманні вимог Конституції, де *Людина, її життя і здоров'я, визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.*

Враховуючи, що на даний час в країнах ЄС існуюча система по забезпеченню санітарного та епідемічного благополуччя населення сильно розпорошена між різними відомствами, що призводить до розмивання обов'язків і відсутності чіткої координації їх діяльності, особливо в період надзвичайних ситуацій, які потребують негайного проведення ефективних карантинних заходів, у нас є унікальна змога, при утворенні СЗГЗ, використати рекомендації ВООЗ [3] не тільки щодо основних 10 оперативних функцій в тому вигляді як вони описані в Додатку 1, але і надати свої пропозиції щодо їх удосконалення в контексті розбудови національних систем охорони здоров'я.

При блокуванні питання щодо утворення СЗГЗ на Урядовому рівні, як варіант, можливо розглянути питання щодо створення Національного центру (Агенства) з контролю за громадським здоров'ям (НЦКГЗ) за одним із взірців США чи ЄС, але з обов'язковим дотримання принципу “Здоров'я в усіх політиках держави”. В даному випадку необхідно передбачити, що діяльність новостворених Державних служб (постанова КМУ від 10.09.14. №442): з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів і з питань праці, спрямовується та координується Кабінетом Міністрів України через МОЗ.

Список використаних джерел

1. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я України на період 2015-2025.
2. Коба Н.М. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я /Н.М.Коба, Р.М.Ісаєнко, В.В.Короленко та ін. // Український науково-медичний молодіжний журнал №2 (2012), Київ-2012, С.16-22
3. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения /Европейский региональный комитет EUR/RC62/12 Rev.1 Шестидесят вторая сессия +EUR/RC62/Conf.Doc./6 Rev.2

Н.Г.Діденко,

доктор наук з державного управління,
професор, зав. кафедри державної служби,
ДВНЗ «Університет менеджменту освіти»
НАПН України

ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ СЛУЖБ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ЄС

Вирішуючи актуальні проблеми охорони здоров'я населення України, варто звернути увагу на досвід європейських країн, які створили достатньо ефективну систему охорони здоров'я, враховуючи певні фактори, які впливають на здоров'я людей.

Серед них виділимо наступні:

1. Бідність, Приблизно 2% населення ЄС живуть в абсолютній бідності (в більшості у містах), і бідна частина громадян більшою мірою схильна до хвороб через погані житлові умови, відсутність належної санітарії, незадовільне харчування та професійні захворювання. У багатьох містах загострилася ситуація з бездомними. До особливої групи ризику відносяться етнічні мігранти та біженці.

2. Масовий розвиток психосоціальних стресових станів, обумовлених підйомом безробіття, плінністю кадрів, нестабільністю працевлаштування, зростанням масштабів зубожіння, міграцією населення та активізацією процесів соціального розшарування. Такі психосоціальні фактори сприяють розвитку хвороб серця і гіпертензії, алкогольного психозу, неврозу, виразкової хвороби, збільшення числа вбивств, нещасних випадків, самогубств і ін. Особливо це стосується країн, які переживають період бурхливих соціальних та економічних перетворень на тлі відсутності адекватної соціальної політики.

3. Серед працевлаштованого населення простежується певний взаємозв'язок між міцністю займаного положення з одного боку, і смертністю та захворюваністю - з іншого. Як безробіття, так і невпевненість у збереженні за собою робочого місця надають руйнівний

вплив на здоров'я, підвищуючи ризик психологічних і фізичних порушень і самогубств.

4. Рівень освіти впливає на показники смертності й захворюваності, виходячи з того, що сім'ї з більш високим рівнем освіти чи професійної підготовки приділяють більше уваги здоровому способу життя.

5. На серцево-судинні захворювання, злякисні утворення, діабет у Європі припадає близько 30% від загального числа, тому актуальною проблемою визнається ожиріння і необхідність його профілактики.

6. Фізично пасивні люди середнього та старшого віку піддаються значно більшому ризику розвитку цілого ряду неінфекційних хвороб в порівнянні з особами, що ведуть помірний і активний спосіб життя. У рамках проведеного в 2000 р. обстеження за участю країн ЄС було встановлено, що частка населення з недостатнім з точки зору здоров'я рівнем фізичної активності (менше 3,5 год. на тиждень) становила в середньому 41% населення.

7. За даними ВООЗ з 25 європейських країн, в яких проживає 60% населення Європи, середня поширеність куріння серед чоловіків становить 34% у західних і 47% - у східноєвропейських країнах, серед жінок відповідно 25 і 20%.

8. Кожен рік понад 55 тис. молодих європейців вмирають внаслідок зловживання алкоголем: у Європі одна з чотирьох смертей, що наступили у віці 15-29 років, пов'язана з вживанням алкоголю.

9. Зловживання наркотиками в Європі перетворилося на особливу проблему. Найбільш тривожна тенденція пов'язана зі стрімким зростанням числа споживачів ін'єкційних наркотиків, що сприяло поширенню ВІЛ-інфекції.

Наведені фактори свідчать про необхідність та важливість створення в ЄС ефективних служб охорони здоров'я. З цією метою в ЄС здійснюються наступні заходи: уніфікація державами-членами їх політики в галузі охорони здоров'я в плані її безпеки та якості; проведення заходів профілактичного та освітнього характеру в галузі охорони здоров'я; забезпечення рівноправного доступу до медичної допомоги, сприяння правам пацієнта, участь громадян в охороні здоров'я та захист уразливих груп.

Ефективність діяльності таких служб пов'язана з активною державною політикою у сфері охорони здоров'я. Наприклад, у Німеччині до компетенції Федерального законодавства відноситься врегулювання таких заходів як: допуск до лікарських та інших медичних професій і лікарської діяльності, поводження з ліками, лікарськими засобами;

господарське забезпечення лікарень і встановлення тарифів за надавану ними допомогу. Конституція Іспанії до відання органів влади відносить організацію і керівництво громадським охороною здоров'я за допомогою проведення профілактичних заходів, а також надання необхідних послуг і допомоги; сприяння розвитку санітарної освіти, фізкультури і спорту. Конституція Португалії закріплює право на охорону здоров'я, яке реалізується через універсальну загальнонаціональну службу охорони здоров'я і в основному на безоплатній основі.

Таким чином, до компетенції державних органів у країнах ЄС відноситься організація ефективної системи охорони здоров'я, контроль якості медичних послуг, що надаються; навчання медичного персоналу. Відповідно до принципу субсидіарності держави-учасники залишають за собою всю повноту компетенцій щодо охорони здоров'я, тому існують різні моделі охорони здоров'я: англійська, або беверіджская модель, німецька, або бісмарксівська модель, модель Північної Європи, модель Східної Європи, модель Південної Європи.

Незважаючи на різні моделі, держава, як правило, через спеціально створювані органи розвиває мережу спеціалізованих медичних закладів; забезпечує дані установи медичною технікою, здійснює навчання та підвищення кваліфікації фахівців і т.д. При цьому для пацієнтів існує й альтернативна можливість звернення до фахівців у приватних клініках, оплата яких може здійснюватися з різних джерел.

Висновки: результати охорони здоров'я в ЄС пояснюються жорсткими та ефективними заходами органів державної влади, які спрямовують свою діяльність на захист прав громадян, використовуючи наднаціональний рівень (координуючі регламенти, загальноєвропейські програми, європейський медичний страховий поліс, Стратегія «Європа – 2020» тощо) та національний рівень – реалізація стратегій, програм тощо в рамках тієї чи іншої моделі.

Список використаних джерел

1. Бартнев Д.Г. Право на охрану здоровья в условиях европейской интеграции. - [Электронный ресурс] –Доступно на: <http://www.law.edu.ru>
2. Шеньон А. Обзор систем здравоохранения в Европе. – [Электронный ресурс]- Режим доступа: <http://www.humanite-porusski.com>>
3. Social Policy. A Conceptual and Theoretical Introduction. Edited by M. Lavalette and A. Pratt. Sage publications. London. 2001. – 300pp.

О.Л.Євмєшкіна,
к.н.держ.упр., доцент,
доцент кафедри державного менеджменту
Національної академії державного управління
при Президентіві України

ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПРОФІЛЮ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ КЕРІВНИКА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Основна відповідальність на проведенні ефективних реформ у галузі охорони здоров'я належить керівним кадрам. Стратегією реформування державної служби та служби в органах місцевого самоврядування в Україні на період до 2017 року передбачено такі завдання:

формування ефективної системи управління людськими ресурсами на державній службі та службі в органах місцевого самоврядування, що базуватиметься на врахуванні знань, умінь, навичок, а також особистісних якостей державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування;

підвищення ефективності професійного навчання державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування шляхом оптимізації системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації, зокрема у сфері державного та регіонального управління, запровадження індивідуальних програм розвитку персоналу та планування кар'єри [3].

На сьогодні в Україні основним методологічним документом для визначення профілю професійної компетентності керівника є Національна рамка кваліфікацій [2], яка визначає компетентність як здатність особи виконувати певний вид діяльності за допомогою здобутих знань, розумінь, умінь, цінностей та інших особистих якостей.

Основна місія посади керівника - забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері охорони здоров'я.

Керівник повинен знати предметну сферу охорони здоров'я, професію. Цьому сприятимуть наявність базових медичних знань,

наукового ступеня в галузі знань «Державне управління», практичний досвід.

Для здійснення практичної діяльності керівник повинен уміти застосовувати знання на практиці; ідентифікувати, формулювати та розв'язувати проблеми; працювати в міжнародному контексті; розробляти та управляти проектами; планувати та управляти часом; управляти якістю виконуваної роботи; працювати в команді; мотивувати людей та досягати спільних цілей; спілкуватися з експертами з інших галузей знань. Мати здатність до безперервного та актуального навчання; генерувати нові ідеї; приймати обгрунтовані рішення; діяти на основі етичних мотивів; до підприємницького мислення та вміння взяти на себе ініціативу; діяти з урахуванням соціальної відповідальності та громадянських зобов'язань; до критики та самокритики; працювати автономно; адаптуватися та діяти в нових ситуаціях. Невід'ємними є ділові якості керівника, такі як: міжособистісні навички та вміння взаємодіяти; визначеність і наполегливість у постановці задач та здатність взяти на себе відповідальність; розуміння та повага до різноманітності та мультикультурності; розуміння відповідальності щодо збереження навколишнього середовища [4].

Невід'ємним та важливим компонентом профілю професійної компетентності керівника є ціннісна складова. Оскільки сфера охорони здоров'я пов'язана з людьми, то варто відзначити такі цінності як високий гуманізм, цінність людського життя як найвищу цінність демократичної держави. У зв'язку з цим керівник повинен мати такі соціальні якості:

- 1) ідентифікація власних цінностей із цінностями суспільства;
- 2) мотивація діяльності, підпорядкована соціальним вимогам;
- 3) особистісна готовність до виконання завдань;
- 5) узгодження власних інтересів з інтересами суспільства;
- 6) почуття громадянської відповідальності за результати своєї діяльності.

Р.Дафт виділяє 3 основні групи навичок управлінця [1]:

– концептуальні – це когнітивні (пізнавальні) здібності керівника сприймати організацію як ціле й одночасно чітко виділяти взаємозв'язки, які існують між її частинами. Такими вважаються навички мислення керівника, вміння працювати з інформацією, здатність планувати, визначати перспективи діяльності організації, яку він очолює;

– людські – здатність керівника до роботи з людьми та за допомогою людей, а також уміння взаємодіяти як члена команди. Ці навички

проявляються в тому, як керівник ставиться до співробітників, як їх мотивує, як сприймає їхню діяльність і координує її, який подає приклад, як спілкується і розв'язує конфлікти;

– технічні – це спеціальні знання і вміння, необхідні для виконання конкретних функцій (наявність професійних знань, аналітичних здібностей, а також умінь правильно використовувати різні засоби для рішення проблеми в конкретній ситуації).

Таким чином, компетентність являє собою вміння, здатності, знання, цінності, необхідні для успішного виконання професійної діяльності.

Список використаних джерел

1. Дафт, Р.Л. Менеджмент / Р.Л. Дафт. – СПб. : Питер, 2007. – 387 с.
2. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій // Постанова Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2011 року № 1341
3. Про схвалення Стратегії реформування державної служби та служби в органах місцевого самоврядування в Україні на період до 2017 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації // Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 березня 2015 року № 227-р
4. Таланова Ж.В. Підходи до розроблення галузевих рамок кваліфікацій в Європейському просторі вищої освіти. http://212.111.196.8:8081/dlc/24_25102013/talanova.pdf

В.М.Ждан,

доктор медичних наук, професор,
ректор ВДНЗУ «УМСА», завідувач кафедри
сімейної медицини і терапії

І.М.Скрипник,

доктор медичних наук, професор,
проректор з науково-педагогічної роботи та
післядипломної освіти ВДНЗУ «УМСА»,
завідувач кафедри внутрішньої медицини №1

А.В.Марченко,

кандидат медичних наук, доцент,
декан факультету післядипломної освіти
ВДНЗУ «УМСА», доцент кафедри
терапевтичної стоматології

ПРОБЛЕМА КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В РОЗРІЗІ ЧАСУ

Сьогодні на рівні держави відбуваються кардинальні зміни у всіх сферах життєдіяльності населення України, це стосується і медицини, зокрема перебудови практичної роботи лікарів. Підтримання системи охорони здоров'я для забезпечення відповідного рівня здоров'я своїх громадян є пріоритетним завданням держави. Це передбачає необхідність належного розвитку цієї сфери, особливо кадрового потенціалу як основної її складової. Випускники вищих навчальних закладів є основним джерелом поповнення медичних кадрів в Україні. Проте, незважаючи на достатню кількість ВУЗів, факультетів, які готують молодих спеціалістів, сьогодні спостерігається виражена тенденція до зменшення кількості медичних працівників в Україні за рахунок міграції населення. Процесу міграції сприяє низький рівень заробітної плати, відсутність належних соціально-побутових умов, недосконала інфраструктура населених пунктів. Пільги, які пропонує держава, одноразова адресна грошова допомога (наказ МОЗ України

від 28.05.2012 №390) – не рятують ситуацію з покращення заповнення вакантних посад. Сьогодні молодий спеціаліст не забезпечений ні житлом, ні гідними умовами праці з сучасним обладнанням, ні належною заробітною платнею. Медики України традиційно посідали почесне і достойно оплачуване місце в суспільстві. За останні десятиріччя дефіцит фінансування галузі призвів до значного зменшення їх доходів. Фактично медперсонал став самотужки рятувати свої робочі місця – єдине джерело своїх доходів. Сьогодні зарплата молодших і середніх медпрацівників не відрізняється. Мало вона відрізняється й у лікарів. Кадровою проблемою медичної сфери є незадоволення потреби у дільничних терапевтах, педіатрах; низька забезпеченість лікарями сільського населення; невідповідність чисельності і структури медичних кадрів стратегічним завданням реформування системи охорони здоров'я. Зменшення забезпеченості населення середнім медичним персоналом зумовлено падінням престижності спеціальності середнього медичного працівника. Медичні сестри залишають сферу охорони здоров'я на користь інших секторів економіки, перш за все через низьку заробітну плату і відсутність можливостей для кар'єрного зростання.

Незважаючи на це, конкурс у медичні вищі навчальні заклади, хоча і зменшується, але залишається одним з найвищих. Однак, якщо ситуація не зміниться на краще, то можливе посилення відтоку медичних кадрів за кордон, що негативно позначиться не лише на функціонуванні цієї сфери діяльності, а й на рівні обслуговування населення. Будь-які зміни неможливі без відповідної правової бази, отже передувати безпосередньому реформуванню має розробка законів і нормативно-правових актів. Впроваджена система підготовки медичних кадрів є невід'ємною частиною розвитку національної системи охорони здоров'я України та забезпечує збереження й відновлення здоров'я населення шляхом надання необхідного рівня медичної допомоги відповідно до державних стандартів.

Підготовка медичних сестер і лікарів здійснюється за кваліфікаційними вимогами медичних спеціальностей, що визнаються не тільки в Україні, а й у різних країнах світу. Та пріоритетами сьогодення мають бути відродження духовності, моральних засад, почуття патріотизму, розвиток громадянського самоусвідомлення кожної особистості медичного працівника, її професійних, творчих якостей, ініціативи, здатності забезпечувати собі успіх за умов конкуренції. Пошук нових ідей щодо розвитку інноваційного змісту безперервного медичного навчання було та залишається важливим завданням.

Таким чином, вдосконалення структури кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я населення та його ефективне використання сприятиме зміцненню людського капіталу, що позитивно позначиться на розв'язанні соціально-економічних проблем, які стоять перед нашою державою.

психосоціальні фактори сприяють розвитку хвороб серця і гіпертензії, алкогольного психозу, неврозу, виразкової хвороби, збільшення числа вбивств, нещасних випадків, самогубств і ін. Особливо це стосується країн, які переживають період бурхливих соціальних та економічних перетворень на тлі відсутності адекватної соціальної політики.

3. Серед працевлаштованого населення простежується певний взаємозв'язок між міцністю займаного положення з одного боку, і смертністю та захворюваністю - з іншого. Як безробіття, так і невпевненість у збереженні за собою робочого місця надають руйнівний

Список використаних джерел

1. Вороненко Ю.В. Образование в современном мире, инновации и перспективы в медицине / Вороненко Ю.В., Шекера О.Г. // Сучасна післядипломна медична освіта: досягнення, проблеми, перспективи: матеріали навч.-наук. конф., Харків, 7-8 листопада, 2013р. / за заг. ред. О.М.Хвисяюка, М.І.Хвисяюка, В.Г.Марченко. – Харків: «Оберіг», 2013. – 230с.
2. Вороненко Ю.В. Менеджмент та лідерство в медсестринстві. / Вороненко Ю.В., Литвинова О.Ш. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 367с.
3. Гайволя О.О. Соціальне замовлення українського суспільства на становлення національної вищої медичної освіти / Гайволя О.О., Кочін І.В., Акулова О.М., Сидоренко П.І. // Сучасна післядипломна медична освіта: досягнення, проблеми, перспективи: матеріали навч.-наук. конф., Харків, 7-8 листопада, 2013р. / за заг. ред. О.М. Хвисяюка, М.І. Хвисяюка, В.Г. Марченко. – Харків: «Оберіг», 2013. – 230с.
4. Латишев С.Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції // Одеський медичний журнал. – 2005. – №1(87). – С. 109–115.
5. Носуліч Т.М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку / Носуліч Т.М. // Управління соціально-економічними процесами, 2010. – С.173-179.
6. Шевчук Л.Т. Медикосоціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз і прогноз. – Л.: ІРД НАН України, 2003. – 489с.
7. Шостак С.Є. Проблемні питання підготовки та працевлаштування лікарів загальної практики – сімейної медицини / Шостак С.Є. // «Післядипломна освіта та лікарське самоврядування за європейськими стандартами»: матеріали Всеукр. наук.-практич. конф. з міжнар. участю, Тернопіль, 11-12 вересня 2014 р. – Тернопіль: ТДМУ, 2014. – 258с.

С.П.Завгородня,
аспірант кафедри глобалістики, євроінтеграції
та управління національною безпекою НАДУ

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ У КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ “ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ”

Початок ХХІ століття ознаменувався бурхливим розвитком постіндустріального (інформаційного) суспільства у провідних країнах світу, характерною особливістю якого є формування нового технологічного укладу, основою якого є науково-технічний прогрес, що ґрунтується передусім на розвитку “людського капіталу” та розглядається як визначальний ресурс економічної системи. Саме тому, Президент України П.Порошенко у позачерговому посланні до Верховної ради України “Про внутрішнє та зовнішнє становище України у сфері національної безпеки” акцентував увагу на тому, що національним стратегічним завданням є здійснення таких заходів державної політики, які дозволять на принципово новому технологічному рівні відродити вітчизняне виробництво, тобто запровадити такі технології, які виведуть країну на якісно новий технологічний рівень та допоможуть забезпечити стабільний економічний розвиток [1, с.79].

Очевидно, в сучасних умовах становлення нового технологічного укладу є пріоритетним завданням щодо забезпечення економічної безпеки, виконання якого зумовлює розробку та впровадження відповідної державної економічної політики, наріжним каменем якої має бути комплекс заходів щодо розвитку “людського капіталу”, реалізації здобутків фундаментальної науки та освіти.

Загальновідомо, що Україна вирізняється від інших країн наявністю значного потенціалу щодо розвитку “людського капіталу”, але, разом з тим, темпи скорочення чисельності її населення найбільші в Європі. Статистичні дані свідчать, що 2015 році в порівнянні з даними 1993 року чисельність населення України скоротилася на 17,8%. Звичайно, на скорочення населення вплинула й анексія Автономної Республіки

Крим та м.Севастополя, проведення АТО на південному сході України. Разом з тим у 2000 та 2004 р.р., коли мало місце державне стимулювання народжуваності, спостерігалось зниження негативної динаміки щодо чисельності населення [3; 5].

На розвиток “людського капіталу” також впливає середня тривалість життя та рівень економічно активного населення. Починаючи з 1996 року в Україні рівень очікуваної тривалості життя під час народження почав зростати і досяг 71-річного порога у 2011 році, але, для порівняння, це на 10 років менше ніж у Німеччині та Фінляндії, та на 12 років, ніж в Ізраїлі, Новій Зеландії, Норвегії та Франції [7]. Основу “людського капіталу” формує економічно активне населення, частка якого в Україні у 2014 р. сягає майже 70%. Проте, динаміка вікової структури населення свідчить про його невпинне старіння. Зокрема, якщо частка людей, старших 65 років у 2000 р. була 14%, то у 2014 р. – майже 22%, що свідчить про значне демографічне навантаження на осіб працездатного віку [3]. Аналогічна тенденція спостерігаються і в країнах Європи, але там старіння населення зумовлене більшою тривалістю життя, в той час як в Україні – зниженням рівня народжуваності.

Викладене вище дозволяє стверджувати, що вдосконалення системи охорони здоров'я та освіти є визначальними передумовами розвитку “людського капіталу” в Україні. І знову ж статистичні дані свідчать, що незважаючи на негативну динаміку захворюваності населення, кількість закладів охорони здоров'я невпинно зменшується і у порівнянні з 1991 р. їх стало менше майже на 44% [3]. В Україні прийнято ряд загальнодержавних програм, спрямованих на покращення середньої тривалості очікуваного життя громадян та підвищення рівня охорони здоров'я, але спостерігається їх хронічне недофінансування, внаслідок чого у 2012 р. витрати на охорону здоров'я в Україні в розрахунку на душу населення становили 292,8 дол., в той час як у Польщі – 854,1 дол. та Італії – 3032,5 дол. [2; 6].

Незважаючи на негативну демографічну динаміку та рівень охорони здоров'я, за даними Програми розвитку ООН (United Nations Development Programme: Human Development Report 2012) індекс розвитку освіти України становить 0,86, в результаті чого вона посідає 31 місце серед 188 країн світу (для порівняння: Франція - 27 місце, Італія – 32 місце, а Великобританія – 39 місце [4]). Проте науково-освітні можливості національного “людського капіталу” використовуються вкрай неефективно, про що, зокрема, свідчить зменшення кількості працівників, що виконують наукові та науково-технічні дослідження та

непоодинокі випадки приватизації науково-дослідних установ для їх трансформації у підприємства, досить далекі від наукової діяльності.

Таким чином, внаслідок негативних демографічних процесів, низького рівня охорони здоров'я та використання науково-освітнього потенціалу в Україні відбувається знецінення “людського капіталу”. Для подолання цієї негативної тенденції в державній політиці забезпечення економічної безпеки “людський капітал” має розглядатися як національна цінність, оскільки тільки висока якість “людського капіталу” та його примноження забезпечить розвиток постіндустріального (інформаційного) суспільства та стійкий соціально-економічний розвиток України, які, в свою чергу, є складовими її національної безпеки.

Список використаних джерел

1. Аналітична доповідь Національного інституту стратегічних досліджень до позачергового Послання Президента України до Верховної Ради України “Про внутрішнє та зовнішнє становище України у сфері національної безпеки”. – К. : НІСД, 2014. – 148 с.
2. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш, передм. Т.Д. Бахтеєвої; за заг. ред. проф. М.М. Білінської, проф. Я.Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – 424 с.
3. Заклади охорони здоров'я. Захворюваність населення. Населення. [Електронний ресурс] Державна служба статистики України. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрана
4. Рейтинговая таблица: индекс уровня образования стран мира (United Nations Development Programme: Human Development Report 2012) [Електронний ресурс] Центр гуманитарных технологий. Гуманитарные технологии и развитие человека: информационно-аналитический портал. – Режим доступу: <http://gtmarket.ru/ratings/education-index/education-index-info>. – Назва з екрана
5. Чечель О.М. Формування державної економічної політики в епоху глобальних трансформацій [Текст] : монограф. / О.М.Чечель. – К.: ТОВ НВП “Інтерсервіс”, 2011. – 320 с.
6. Health expenditure per capita. Data by country [Електронний ресурс] World Health Organization. – Режим доступу : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en> – Назва з екрана
7. Life expectancy. Data by country [Електронний ресурс] World Health Organization. – Режим доступу : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en> – Назва з екрана

С.О.Кікіна,

аспірант кафедри державознавства і права НАДУ

ПРОБЛЕМИ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ТА ГАРАНТІЇ ДЕРЖАВИ НА ЗАЙНЯТІСТЬ

Через негативний вплив економічної і фінансової кризи на дохідну частину бюджету, збільшення соціальних видатків державного та місцевих бюджетів на сьогодні є проблематичним. В країні вже другий рік поспіль розмір прожиткового мінімуму та мінімальної заробітної плати не підвищується і залишається на рівні грудня 2013 року. Зростання їх розмірів заплановане з грудня поточного року на 13,1%.

З урахуванням зміни на законодавчому рівні розміру мінімальної заробітної плати та враховуючи підсумки виконання Державного бюджету України за I півріччя 2015 року Мінсоцполітики буде підготовлено відповідний проект рішення Уряду про підвищення розміру посадового окладу (тарифної ставки) працівника першого тарифного розряду Єдиної тарифної сітки, на базі якого розраховуються посадові оклади (тарифні ставки) працівників бюджетної сфери за іншими тарифними розрядами ЄТС.

Свою роль в розвитку кадрового потенціалу соціогуманітарної сфери ми бачимо у:

- створенні умов для безперервної професійної освіти впродовж життя;

- сприяння професійному та кар'єрному зростанню;

- дотримання соціальних гарантій та соціального захисту працівників соціогуманітарної сфери;

- сприяння легальній зайнятості та охоплення соціальним страхуванням усіх працюючих;

- створення гідних умов праці та запобігання трудовій міграції.

На сьогодні державою реалізується ряд механізмів, спрямованих на стимулювання зайнятості та самозайнятості громадян, в тому числі молоді, підвищення їх професійного рівня, розширення можливостей для працевлаштування та підвищення конкурентоспроможності на ринку праці.

Зокрема, діючим законодавством передбачені такі гарантії для громадян:

- з метою підтримки конкурентоспроможності на ринку праці громадян передбачена можливість підвищення кваліфікації, перенавчання на нову професію шляхом отримання ваучера для оплати навчання;

- для сприяння працевлаштуванню молоді та з метою набуття професійного досвіду практичної роботи за обраною спеціальністю запроваджено стажування студентів на підприємствах з відкриттям трудової книжки;

- отримання безоплатних послуг, зокрема, інформаційно-консультаційних та з професійної орієнтації (обрання або зміна виду діяльності, місця роботи, режиму праці);

В той же час, деякі категорії населення мають додаткові гарантії у працевлаштуванні, зокрема через встановленого для підприємств, установ та організацій нормативу працевлаштування на роботу, тобто квоти у розмірі п'яти відсотків середньооблікової чисельності штатних працівників за попередній календарний рік для таких громадян.

Роботодавцю, який працевлаштовує на нове робоче місце цих громадян, з числа зареєстрованих безробітних, за направленням державної служби зайнятості, строком не менше ніж на два роки щомісяця компенсуються фактичні витрати у розмірі єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування за відповідну особу за місяць, за який він сплачений.

Для підвищення конкурентоспроможності осіб, які здобули професію шляхом неформального навчання та відповідно до Плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Мінсоцполітики проводиться робота щодо створення системи підтвердження результатів неформального навчання.

Особа, яка в результаті неформального навчання, самоосвіти, практичного досвіду роботи оволоділа професією, має можливість підтвердити свою кваліфікацію та отримати документ встановленого зразка про присвоєння робітничої кваліфікації.

Мінсоцполітики за участі провідних науковців розроблено Програму працевлаштування та професійного навчання внутрішньо переміщених осіб.

Метою Програми є забезпечення зайнятості та підвищення конкурентоспроможності на ринку праці внутрішньо переміщених осіб шляхом професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації. Забезпечення роботою цих осіб сприятиме зниженню

соціальної напруги у суспільстві, вирішенню питань матеріального забезпечення осіб відповідних категорій. Реалізація положень проекту постанови забезпечить консолідацію зусиль органів влади навколо вирішення проблем працевлаштування внутрішньо переміщених осіб.

З метою забезпечення соціального захисту учасників антитерористичної операції Міністерство соціальної політики разом з іншими міністерствами за участі громадських організацій розробили План заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції, який було схвалено на засіданні Уряду 31 березня 2015 року.

Завданням Плану передбачено забезпечити відновлення здоров'я демобілізованих осіб, провести їх реабілітацію та створити в Україні загальнодержавну систему психологічної реабілітації учасників АТО, їх реінтеграції у мирне життя.

Складовою цієї системи мають стати створення нових сучасних центрів реабілітації учасників АТО, запровадження у роботу таких центрів сучасних та апробованих методик відновлення здоров'я, соціальної та професійної реадaptaції.

Водночас повноцінне та ефективне функціонування таких центрів можливе лише за наявності спеціалізованих фахівців медичної галузі, психологів тощо.

Тому актуальним для України є питання удосконалення підготовки психологів та медичних фахівців відповідно до європейських стандартів та кадрового забезпечення такими фахівцями установ та закладів, що здійснюють лікування, психологічну реабілітацію та адаптацію учасників АТО.

М.О.Кірова,

аспірант кафедри управління охороною
суспільного здоров'я Національної академії
державного управління при Президентові України

КАДРОВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ: ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Кадровий потенціал є невід'ємною складовою для забезпечення ефективного впровадження системних змін в сфері охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку Української держави. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню.

Незважаючи на те, що понад 70% видатків на охорону здоров'я в Україні витрачається на оплату праці працівників медичної сфери, це не сприяє підвищенню якості медичної допомоги.

Проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я мають глобальний характер. Міжнародні експерти вказують, що будь-які найпередовіші технології й досягнення в сфері медицини, не зможуть позитивно вплинути на здоров'я населення за відсутності належно підготовлених працівників системи охорони здоров'я [1].

Однією з основних проблем розбудови ефективної кадрової політики в Україні є відсутність єдиної стратегії кадрової політики в сфері охорони здоров'я.

Суттєвими недоліками кадрового забезпечення здоров'я охоронної галузі на сьогодні є:

- недостатнє забезпечення медичними кадрами та низька ефективність використання наявного потенціалу [2];
- значне постаріння медичних працівників;
- регіональна та галузева диспропорція кадрового забезпечення;
- зниження рівня кваліфікації медичних кадрів [3];

- слабкість механізмів державного регулювання кадрової політики у сфері охорони здоров'я (відсутність державної концепції кадрової політики в галузі; недосконалі програми контролю за працевлаштуванням молодих спеціалістів [3]; недосконалість механізмів відбору до медичних вузів [3]; недосконала система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я; відсутність мотивації та зацікавленості у покращенні результатів діяльності медичних працівників; невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери [3]);

- недостатній досвід та роль працівників управлінської ланки.

Зазначені проблеми кадрового забезпечення викликають низку ризиків [1]:

по-перше, унеможливлення ефективного проведення реформування медичної галузі, а саме, досягнення його основної мети – забезпечення рівного доступу населення до забезпечення гарантованої якісної медичної допомоги;

по-друге, неефективне використання державного фінансування;

по-третє, відхід від соціально орієнтованих принципів державної політики у здравоохоронній сфері та повна комерціалізація медичної галузі;

по-четверте, погіршення медико-демографічної ситуації в країні.

Для досягнення найкращих результатів у реформуванні системи охорони здоров'я в Україні галузева кадрова політика повинна обґрунтовано розроблятися з урахуванням реальних потреб здравоохоронної сфери та завдань її реформування. Для вирішення кадрових питань необхідно розробити і прийняти Державну Концепцію кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні.

Реалізація Державної Концепції має включати [1]:

- вдосконалення нормативно-правової бази (систематизація та узгодженість чинної нормативної бази, розробка нових ефективних законів та нормативних актів);

- розробку та впровадження ефективних методів та інструментів для реалізації кадрової політики;

- створення національної обсерваторії кадрових ресурсів охорони здоров'я як центру збору даних, моніторингу, аналізу та проведення досліджень для надання рекомендацій з метою прийняття управлінських рішень;

- створення єдиного реєстру медичних працівників;

- продовження підготовки відповідних медичних кадрів (лікарів,

середнього медичного персоналу, управлінців);

- розробку ефективних механізмів забезпечення мотиваційної складової медичних працівників;

- активне залучення професійних асоціацій у вирішення проблем кадрових ресурсів охорони здоров'я;

- активну співпрацю з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрових ресурсів охорони здоров'я, тощо.

Крім того, для ефективної реалізації зазначеної Концепції необхідно на кожному етапі проводити моніторинг та оцінку ефективності реалізованих заходів та відповідне вдосконалення нормативно-правової бази в залежності від отриманих результатів.

На наш погляд, одним із головних завдань, яке необхідно виконати на шляху побудови якісної системи охорони здоров'я, є створення кваліфікованої кадрової бази медичних працівників, від яких в значній мірі залежить успіх реформування галузі. Для цього повинно на державному рівні розробити та прийняти Державну Концепцію кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні та забезпечити її ефективне виконання.

Список використаних джерел

1. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. – К.: НІСД, 2012. – 35 с.

2. Міністерство охорони здоров'я: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>.

3. Слабкий Г.О. Кадрова політика [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>.

В.М.Князевич,

доктор медичних наук кафедри управління
охороною суспільного здоров'я НАДУ

Л.І.Жаліло,

доктор біологічних наук, професор,
професор кафедри управління охороною
суспільного здоров'я НАДУ

ЄВРОПЕЙСЬКЕ СПРЯМУВАННЯ ЗМІСТУ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Рушійним фактором кадрових змін мають бути ті реформи, які відбуваються або є стратегічними в сфері забезпечення здоров'я населення. В свою чергу, заплановані реформи мають здійснюватись компетентними, підготовленими до цього кадрами. Це основний принцип, яким керується ВООЗ в питаннях кадрової політики.

Системний підхід до вирішення проблеми реформування галузі охорони здоров'я, здійснення якого становить труднощі практично в усіх країнах, привів до утворення на рівні ВООЗ стратегій, що розширюють діапазон змін (The health in all Policies (HiAP)), та поглиблюють аналіз результативності змін (Paying for Performance in Health Care (P4P)).

Відповідно такому спрямуванню змін в сфері охорони здоров'я в країнах ЄС акцентується увага на змістові підготовки кадрів.

Провідні експерти ВООЗ виокремили напрями, в яких має розвиватися нова європейська стратегія щодо поліпшення і розвитку охорони здоров'я - стратегія HiAP, серед яких пріоритетними визначені - контроль за сільськогосподарським виробництвом продуктів харчування, індустрії виробництва і поширення алкоголю, а також виробництва, поширення і вживання виробів тютюнової індустрії. Така масштабна постановка питання потребує відповідного кадрового забезпечення і змін самої структури управління проблемою. Тому значна увага ВООЗ приділена формуванню і впровадженню нових технологій управління: проектно-програмного, міжсекторального управління – утворенню міжгалузевих управлінь, міжсекторальних асоціацій

тощо, яке експерти ВООЗ визначили як креативне (creative), тобто, пошукове, творче управління. Зміст міжсекторальної роботи має стати предметом підготовки кадрів управління в сфері охорони здоров'я, яка реформується.

Разом з тим, поглиблене вивчення в Європейських країнах результатів удосконалення і підвищення фінансування як складової реформування охорони здоров'я, що на думку багатьох громадян є вирішальним підходом, показало, що цей підхід не є панацеєю покращення охорони здоров'я і має значні недоліки.

Важливим є вивчення концептуальних передумов, підсумків і колізій розвитку більш справедливих, економічно ефективних і більш дієвих систем охорони здоров'я в Європі. Цей підхід потребує знання методів аудиту, моніторингу і оцінки впливу різних факторів, в тому числі політичних рішень на здоров'я населення, а відтак, управлінських кадрів з новими знаннями.

ВООЗ підтримує і актуалізує прийняття політичних рішень з охорони здоров'я на основі всебічного і ретельного аналізу розвитку систем охорони здоров'я в Європі.

Важливою складовою розвитку політики ЄС в сфері охорони здоров'я є адекватне управління системою. Завданням управління є зберегти ефективність в нових умовах. Новими умовами реформ щодо охорони здоров'я є те, що зростаючі потреби і нові медичні технології мають бути узгодженими в рамках обмежених фінансів; крім того, уповноважені громадяни вимагають більше інформації та можливості впливу, і автоматично не приймають регіональні відмінності; знання стає міжнародним і набагато більш мобільним через нові форми інформаційних технологій.

Багато з цих проблем і можливостей мають бути враховані на національному рівні, в тому числі в міжнародному контексті євроінтеграції.

Перші компоненти змін в управлінні - це узгодження централізації і децентралізації.

В більшості країн ЄС створені інноваційні механізми і структури для розподілу ресурсів, реформи лікарень, підвищення якості і контролю, управління знаннями, інтегрування допомоги тощо.

Разом з тим, відмічають, що урядові органи та агенцій - важливі суб'єкти успішності реформ, тим не менш, відстають від реальних змін, виявляються «позаду» реформ, успіх яких вони мають забезпечувати. Важливими структурами, що забезпечують успішне реформування є

також і професійні об'єднання, союзи, страхові компанії, підприємства, благодійні організації та інші, які сприяють ініціативам, практичним розвитком, думкою і іноді навіть фінансуванням.

Слід визнати, що національні уряди завжди є важливими суб'єктами реформ, в їхні завдання входить активно розробляти методи і підходи, фокусуючи увагу на чотирьох основних функціях: управління знаннями, контроль, інфраструктура ІКТ і стратегічне лідерство. Оптимально, цими функціями в ЄС здебільшого керують чотири нових агентства, замінюючи велику кількість структур і організацій.

Такий підхід визначає необхідність відповідних знань щодо реформ охорони здоров'я у державних службовців.

Дослідники реформ виділяють управління знаннями як ключове яке може об'єднати переваги стандартизованих векторів, об'єднуючи місцеві і національні завдання, що врешті може бути засадами децентралізації.

Однак, дослідження має інтерпретуватися як з позицій національних змін, так і з урахуванням оцінки триваючих і системних змін, в тому числі в управлінні сектором охорони здоров'я в Європі і світі. Зміни в управлінні у досліджених країнах демонструють широкий діапазон заходів, але не показують чіткого однорідного управління змінами у сфері охорони здоров'я.

Так, у багатьох країнах з традиційно децентралізованими структурами прийняття рішень (включаючи Австралію, Данію, Фінляндію, Німеччину, Італію, Норвегію і Швецію) нещодавні реформи централізували певні області прийняття рішень або регулювання, але децентралізували інші.

Оптимальним підходом могло б бути узгодження централізованого і децентралізованого вирішення питань у сфері охорони здоров'я.

Деякі країни також прагнули спростити свої структури управління, об'єднуючи медичні страхові компанії (Німеччина) або регіональні і місцеві урядові структури (Данія, Англія, Фінляндія). 11 європейських країн (Данія, Англія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Італія, Нідерланди, Норвегія, Іспанія, Швеція, Швейцарія), і Австралія в даний час розглядають можливість зміни ролі національного уряду в регулюванні систем охорони здоров'я. Так, можливим рішенням є контроль та регулювання змін в балансі обов'язків і прав прийняття рішень між національним, регіональним і місцевим органами управління і ступінь, до якої ці зміни можуть вважатися новими національними стратегіями.

Важливою роллю національних органів влади є встановлення взаємозв'язку між соціальними управліннями та охороною здоров'я.

Управління сектором охорони здоров'я включає складне поєднання дій, які здійснюються одночасно і на різних рівнях фінансування та системи надання послуг. Ці дії можуть залучати безліч установ і рівнів системи охорони здоров'я і потребують відповідно підготовлених кадрів. В цих діях, зазвичай, є політичні, фінансові, клінічні, інституційні, професійні, юридичні та економічні виміри, що вимагає відповідних компетенцій управлінських кадрів систем охорони здоров'я.

Таким чином, у сучасних умовах управління охороною здоров'я становить складну мозаїку обов'язків і діючих осіб різних сфер. Тому реформи охорони здоров'я не можуть бути задумані або введені ізольовано в окремій галузі охорони здоров'я. Скоріше ці заходи мають бути зрозумілі в більш широкому контексті, в межах якого вони мають місце і який може прискорити або затримати їх здатність досягти встановлених цілей.

Зрозуміло, що процеси регулювання у цих контекстах уявляються значно більш важкими у порівнянні з ієрархічним командним керуванням державою способом сервісного фінансування і постачання, в зв'язку з чим необхідна підготовка кадрів, здатних до управління в нових умовах і компетентних щодо нових управлінських технологій.

Як показали дослідження останніх змін у сферах охорони здоров'я різних країн ЄС типи вжитих заходів можуть включати формальну передачу відповідальності між рівнями уряду; вони можуть також включати зростаюче розмаїття не структурних зусиль створити будь-яку кращу координацію серед регіональних урядів (Італія, Швейцарія); кращі інформаційні потоки між регіональними і національними урядовими рівнями для поліпшення триваючих реформ в секторі охорони здоров'я (Іспанія, також Італія); або більш широкого підходу інституційної співпраці між громадським сектором та некомерційними представниками приватного медичного сектора.

Наведений аналіз можливих змін в сфері охорони здоров'я свідчить про базисну роль в ефективності проведення змін управлінських структур і відповідно підготовлених управлінських кадрів, що в межах ЄС представлено різними варіантами, які визнані оптимальними безпосередньо національними тріадами: влада-галузь-громада.

Зміни в сфері охорони здоров'я мають відповідати також принципам європейської соціальної моделі, яку вважають символом соціально-гуманітарної політики Євросоюзу. Ці аспекти накладають певні обов'язки щодо компетенцій управлінців сфери охорони здоров'я в соціально-гуманітарних питаннях.

Наведені результати аналізу реформ в країнах Європи вимагають нових кадрів, і відповідно нової кадрової політики, з новим змістом підготовки.

Список використаних джерел

1. Paying for Performance in Health Care/Implications for health system performance and accountability//Ed. by Cheryl Cashin, Y- Ling Chi, Peter C. Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson//Open University Press: World Health Organization. – 2014. – 338 p.
2. An overview of health provider P4P in OECD countries/ Health provider P4P and strategic health purchasing //Cheryl Cashin, Y- Ling Chi, Peter C. Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson: Open University Press: World Health Organization. – 2014. – P. 3-23.

О.Л.Корольчук,

кандидат наук з державного управління,
доцент кафедри управління охороною суспільного
здоров'я НАДУ

ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМНИХ АСПЕКТІВ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Останні роки, за умов посилення впливу системи охорони здоров'я, як соціального інституту, на сучасне суспільство, увага держави направлена на вивчення питань, що стосуються медичної освіти та підготовки, розподілу, закріплення професійних кадрів, формування стратегії їхнього планування та прогнозування.

Вирішення кадрової проблематики передбачає розробку еволюційних програмних методів та напрямів на основі проведення наукового аналізу фактичного стану, вивчення тенденцій, що склалися в даній площині діяльності країни та світової практики [2; 6; 7].

Праця медичного працівника є однією з найдинамічніших як з точки зору своєї специфічності, так і з точки зору динаміки життя людини та суспільства: змінюється демографічна ситуація, тривалість життя, структура, розповсюдженість хвороб. Розвиток медичної науки, поява нових напрямів, засобів діагностики та лікування також змінюють потреби в кадрах, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

Серед основних проблемних питань для вирішення сучасної України залишаються зменшення якості та кількості кадрів системи охорони здоров'я (відсутні аудит, адекватний контроль та оцінка продуктивності, стандарти, механізми тощо); залишається велика кількість тих, хто не працює за фахом, полишаючи галузь в зв'язку із відношенням влади до лікарів, бюрократією в медичній діяльності, низьким авторитетом, недостатніми можливостями професійного зростання, великим фізичним навантаженням, низьким рівнем безпеки та вкрай неадекватною оплатою праці тощо; підвищуються вимоги до системи охорони здоров'я від надання медичної допомоги до споживання послуг даної сфери.

Метою кадрової політики є підготовка та перепідготовка спеціалістів,

які відповідатимуть вимогам сучасності: прогресивні знання; здатність забезпечити клінічну та економічну ефективність, використовуючи сучасні медичні технології та новітні методи профілактики, діагностики, лікування; досягнення адекватного співвідношення лікарів та середнього медичного персоналу тощо. З організаційної точки зору, кадрова політика повинна відповідати системі неперервної професійної освіти та бути направленою на стимулювання особистісної мотивації працівників до постійного саморозвитку, покращення якості знань, вмінь, відповідно до розвитку науки, національних стандартів, новітніх медичних технологій, стандартів Всесвітньої Федерації медичної освіти.

Важливими для вирішення в кадровому питанні також залишаються: розвиток системи управління кадровим потенціалом на основі зміни медико-організаційних, процесуальних підходів до атестації лікарів та ліцензування, із впровадженням сучасних, удосконалених індикаторів, строків, рейтингових критеріїв; розробка кваліфікаційних моделей (компонентів та функцій) та реінновації; створення умов, мотивації, для безперервної самоосвіти та самовдосконалення, із забезпеченням доступності до професійних інформаційних ресурсів (профільних журналів, монографій, довідників, електронних посібників, Інтернет-ресурсів тощо), нормативне визначення нових функцій медичних працівників а управлінців охорони здоров'я; підняття привабливості професії та впровадження стимулів до підвищення професіоналізму тощо.

Список використаних джерел

1. 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. Ю. В. Ковбасюка, К. О. Ващенка, Ю. П. Сурміна]. – К. : НАДУ, 2012. – 72 с.
2. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін, П. І. Надолішній та ін. – К. : НАДУ, 2011. – 692 с.
3. Колпаков Е.В. Реформа здравоохранения и материально-техническое обеспечение //Медицинская картотека.2006. №1. С.6-8.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України No 81 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних та фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів» від 23.02.2005 року зі змінами та доповненнями Наказами МОЗ України No 124 від 24.03.2005 р.; No 621 від 21.11.2005 р.; No 93 від 26.02.2007 р.; No 793 від 10.12.2007 р.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України No 98 «Про поліпшення якості підготовки лікарів на етапі післядипломної підготовки» від 01.03.2005 р.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України No 230 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 07.12.1998 року No346» від 24.04.2008 р.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України No 818 «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів» від 12.12.2006 р.

С.Л. Котенко,

аспірант третього року навчання з відривом від виробництва кафедри державної політики та суспільного розвитку НАДУ

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Державне регулювання у сфері охорони здоров'я переживає складні часи: часті зміни урядів стають причиною плинності кадрів, а соціально-економічні чинники не сприяють залученню і розвитку спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Реалізація державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я пов'язана з удосконаленням підготовки і використання медичних ресурсів, яке полягає у визначенні реальної потреби у лікарях різних спеціальностей та інших працівниках галузі; переорієнтації переддипломної освіти на підготовку лікарів загальної практики (сімейних лікарів) та інших лікарів первинної едіко-санітарної допомоги; підготовці висококваліфікованих фахівців з організації та управління галуззю охорони здоров'я [3, с. 17].

Ефективна кадрова політика є одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я. Адже саме від наявності кадрів, їхньої фаховості, 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 [6].

Функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неефективним на всіх рівнях системи медичного обслуговування, що заважає виробленню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі. В Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної та вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної

допомоги. З загального числа позалікарняних закладів Міністерства охорони здоров'я близько половини (56,2 %) призначені для надання виключно первинної медичної допомоги (сільські та міські лікарські амбулаторії, амбулаторні відділення сільських дільничних лікарень), 28,1 % — надають і первинну, і вторинну амбулаторну допомогу (поліклініки, поліклінічні відділення міських лікарень для дорослого та дитячого населення, центральних районних лікарень). Лише 27 % фахівців первинної ланки становлять лікарі загальної практики — сімейні лікарі [2].

Як показано в таблиці кількість лікарів усіх спеціальностей за роки незалежності України аналізованих років постійно зростає (2009 – 2013 рр. дані без зубних лікарів), але кількість середнього медичного персоналу у 2013 році порівняно з 1992 роком скоротилась на 161,0 тис. осіб.

В Україні існує безліч проблем щодо забезпечення роботи медичного персоналу. До основних належить низька оплата праці. Середній розмір заробітної плати по галузі значно нижчий, ніж в інших секторах економіки (порівняно з усіма галузями — в 1,6 раза; порівняно із зарплатою у промисловості — в 1,8 раза). Порівняно з сусідніми країнами Центральної та Східної Європи і навіть СНД рівень зарплати нижчий у 5–10 разів. В середньому зарплата лікаря становить 200,00 грн., при тому, що навчальний процес займає 9 років. Оплата праці здійснюється на основі ставок (посадових окладів), що практично не залежать від спеціальності й характеру виконуваної роботи. У переважній більшості випадків оплата праці персоналу в установах охорони здоров'я здійснюється лише за відпрацьований час без реального врахування об'ємів, якості й ефективності роботи того або іншого співробітника. Преміювання та встановлення будь-яких надбавок до зарплати (окрім доплати за часткове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційну категорію, що є обов'язковими) відбуваються досить рідко, передусім через дефіцит фінансування, та здійснюються за відсутності чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до більш ефективної та якісної роботи [2].

Медичні кадри

Роки	Кількість лікарів усіх спеціальностей		Кількість середнього медичного персоналу	
	всього, тис.	на 10 000 населення	всього, тис.	на 10 000 населення
1992	228	43,8	602	115,8
1993	230	44,4	600	115,7
1994	227	44,1	588	114,2
1995	230	45,1	595	116,5
1996	229	45,2	583	115,0
1997	227	45,1	566	112,7
1998	227	45,5	557	111,7
1999	228	46,0	553	111,9
2000	226	46,2	541	110,3
2001	226	46,8	530	110,1
2002	224	46,9	526	110,0
2003	223	47,1	523	110,3
2004	223	47,4	522	110,9
2005	224	47,9	496	106,2
2006	225	48,4	493	106,1
2007	223	48,3	488	105,5
2008	222	48,3	465	101,1
2009	225	49,1	467	102,0
2010	225	49,3	467	102,4
2011	224	49,3	459	101,0
2012	217	47,9	441	97,2
2013	217	48,0	441	97,4
2014	Дані відсутні			

Джерело: Державна служба статистики України [1]

В першу чергу, для того щоб змінити ситуацію, необхідно дозволити пацієнту самому обирати дільничого лікаря. Таким чином з'явиться конкурентна боротьба між лікарями, що буде поштовхом для підвищення своєї кваліфікації і наданні якісних послуг [5]. Від кількості пацієнтів у лікарів повинна залежати і заробітна плата, чим більше пацієнтів, тим вища оплата праці і навпаки.

Для практичної реалізації державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я необхідно:

1. Розробити регіональні програми підготовки медичних працівників для закладів охорони здоров'я, ширше використовувати при цьому систему цільового направлення на підготовку кадрів (особливо серед сільської молоді, а також молоді «проблемних» регіонів). Для цього

передбачити відповідні кошти в місцевих бюджетах.

2. Внести зміни до системи вузької спеціалізації в інтернатурі після того, як випускники відпрацюють сімейними лікарями три роки в регіонах, де найбільш гостро стоїть в них потреба.

3. Запровадження диференціації розміру оплати праці медичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також безперервності стажу роботи [4].

Отже, основними напрямками вдосконалення галузі охорони здоров'я мають бути: підготовка управлінських кадрів, здатних працювати в умовах ринкової економіки; вдосконалення системи планування потреби в медичних кадрах, підвищення рівня кадрового забезпечення медичних закладів спеціалізованими фахівцями з метою доступності медичних послуг та гарантування безоплатної медичної допомоги в державних та муніципальних медичних закладах підвищення престижності професії лікаря, вдосконалення системи оплати праці та соціального захисту медичних працівників.

Список використаних джерел

1. Державна служба статистики України // [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
2. Лібанова Е., Курило І. Демографічний прогноз: що очікувати // Урядовий кур'єр. – 2012. – № 18 (4662) / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://ukurier.gov.ua/media/documents/2012/02/23/specvupysk18.pdf>
3. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я / Н.М. Коба, Р.М. Ісаєнко, В.В. Короленко., О.Ф. Глушаниця, О.І. Ременник, В.В. Лазоришинець // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2012. - № 2. – с. 16 – 22
4. Попченко Т. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка / Т. Попченко // Національний інститут стратегічних досліджень при Президентові України. / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>
5. Радуцький М. Змінюйся або помри. Що врятує українську медицину. – березень 2015 / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://ukr.media/politics/228437/>
6. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України – Київ, 2009. – С.11–13.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 359 «Про подальше удосконалення атеста- ції лікарів» від 19.12.2000 р.
9. Сулейменов С.Ш., Сулейменов Е.С. Правовые аспекты кадрового обеспечения системы здравоохранения //Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2008. №7. С.3-9.

А.В. Купріяненко,
студентка відділення: «Медична сестра- магістр
«Житомирського інституту медсестринства»

МЕДИЧНІ СЕСТРИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЇХ РОЛЬ У РЕФОРМУВАННІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Одним з головних напрямів реформи охорони здоров'я, що проводиться з метою виконання конституціональних гарантій населенню в охорони здоров'я, є реформа первинної медичної допомоги. Формування в цьому контексті єдиного медичного простору дасть можливість максимально наблизити медсестринський догляд як до окремого пацієнта, так і до його родини в цілому. Комплексний медичний моніторинг за здоров'ям усіх членів сім'ї від народження й до самої смерті є тим концептуальним стрижнем, який забезпечує перебудову існуючої системи охорони здоров'я [1, с. 2].

Розвиток сімейної медицини потребує зміни підходів до медичної сестри. З “технічних” виконавців медичні сестри повинні перетворитися на повноправних партнерів сімейних лікарів, а це, в свою чергу, вимагає від них сучасних знань, навичок, усвідомлення нової ролі і відповідальності.

Ця проблема на етапі становлення сімейної медицини є вкрай актуальною, оскільки раціональна організація роботи сімейної медсестри має на меті створення умов для якісного здійснення нею своїх функцій і обов'язків у відповідності до вимог державних стандартів.

Системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в різних країнах Європи різні, в залежності від історичних умов розвитку, однак більшість з них базується на принципах загальної практики – сімейної медицини (ЗП/СМ). Набутий досвід цих країн дозволив таким впливовим організаціям як ВООЗ і WONCA (Міжнародна організація загальної

практики/сімейної медицини) визначити головні принципи і сформувати загальну концепцію сімейної медицини [3, с.4].

У галузі відчувається дефіцит по-новому підготовлених медичних сестер нової генерації.

Тому, час подбати про медичну сестру як самостійну одиницю в системі охорони здоров'я: це дасть змогу не тільки поліпшити рівень медичної допомоги населенню, а тісний контакт між лікарем, медичною сестрою та пацієнтом, піднесе на новий якісний рівень фах медичної сестри.

Сімейна медицина сприяє забезпеченню безперервності медичної допомоги, як кажуть, від моменту зачаття до останньої хвилини життя, коли медична сестра зобов'язана, в силу своїх можливостей, допомогти людині підійти до моменту завершення свого життєвого шляху [5, с.11].

Надаючи допомогу декільком поколінням пацієнтів із однієї сім'ї, сімейна медсестра неминує стає свідком і внутрішніх проблем родини, і тісно стикаються з ними. Відношення сім'ї до питань здоров'я її членів, впливи екологічних факторів, спорту, особливостей харчування, значущості для здоров'я шкідливих звичок тощо – має постійно контролюватися медичним працівником, який повинен передбачувати як очікувані, так і непередбачувані переходи кожного із членів сім'ї в зону ризику [2, с.68].

Прогнозування ризику розвитку окремих захворювань, доклінічна їх діагностика, своєчасність інформування пацієнта, а також прийняття профілактичних заходів – найважливіші складові елементи щоденної роботи медичної сестри.

Медична сестра нової генерації повинна являти з себе кваліфікованого практика, незалежна роль якого полягає в наданні допомоги пацієнтові та його сім'ї на високому фаховому рівні, у забезпеченні профілактики захворювань, адекватного догляду та реабілітації. Це єдиний, нероздільний процес із зворотними зв'язками. Сімейна медична сестра повинна не розхитувати цю систему, а приводити її у стан рівноваги [4, с.12].

Сучасна медична сестра - унікальна особистість, яка самостійно виконує широке коло визначених обов'язків на високому професійному рівні. Саме медична сестра з її знаннями, уміннями, досвідом

функціонально забезпечує належний медичний догляд за хворими.

Сімейна медицина, безперечно, не просто має право на існування, вона є єдиною запорукою підвищення якості надання медичної допомоги населенню, авторитету і соціального статусу сучасної медичної сестри, яка вирішила присвятити свою професійну діяльність саме цій галузі охорони здоров'я.

Для досягнення мети нами проведено медико-соціологічне дослідження (анкетування) 120 медичних сестер центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Нами встановлено, що переважна більшість (87,4%) опитаних розуміють, що на сьогодні цей напрямок визначений як пріоритетний для розбудови первинної ланки сучасної системи охорони здоров'я.

У зв'язку, цим підвищується роль медичної сестри загальної практики - сімейної медицини і покращується якість надання медичної допомоги, що дозволить:

- поліпшити стан здоров'я населення, знизити рівень передчасної смертності та інвалідності за рахунок ефективного використання ресурсів охорони здоров'я та їх перерозподілу в напрямку пріоритету первинної медико-санітарної допомоги;
- посилити профілактичну спрямованість охорони здоров'я;
- підвищити якість, доступність та безперервність медико-санітарної допомоги міському та сільському населенню;
- змінити відношення і підвищити відповідальність за здоров'я населення владних структур, працедавців та кожного громадянина.

Список використаних джерел

1. Волошин А.Н. Чи відбуваються реформи в медицині? // Ваше здоров'я - Газ. - 1999. - № 93. - С. 1 - 2.
2. Вороненко Ю.В., Чернишенко Т.І. Реформування медсестринської освіти в Україні // Медсестринство України. -1998. - №1. - С. 5-11.
3. Лехан В.М., Іпатов А.В., Духовенко К.К. (1996) Напрямки реформи первинної медико-санітарної допомоги в Україні. Медичні перспективи, 1: 68–71.
4. Москаленко В.Ф. Реалізація концепції розвитку сімейної медицини // матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції "Сімейна медицина - досягнення і перспективи . - Харків. - 2002. - С. 3-4.
5. Слабкий Г.О. (ред.) (2011) Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік. Київ, 28 с.

Ю.В.Курилко,
заступник директора Департаменту –
начальник управління лікувально –
профілактичної допомоги населенню
та медичних кадрів Департаменту
охорони здоров'я Полтавської
облдержадміністрації

ПРОБЛЕМИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Світова практика кадрового забезпечення доводить, що кадрові ресурси є ключовим фактором у визначенні ефективності системи охорони здоров'я, а особливо – у забезпеченні належного рівня якості та доступності медичної допомоги для населення. Євроінтеграційний курс України зумовлює потребу в комплексній перебудові галузі охорони здоров'я, що передбачає її концептуальне обґрунтування, а також розробку методологічних основ управління кадрами, вироблення нових форм співпраці в питаннях кадрового забезпечення галузі.

Сучасні проблеми розвитку кадрового потенціалу охорони здоров'я пов'язані, передусім, з розробкою узгодженої процедури кадрового планування, організації ефективної взаємодії між різними рівнями управління, налагодження процедури моніторингу процесу формування персоналу та забезпечення гнучкої, економічно обґрунтованої кадрової політики. Остання має бути спрямована на отримання не лише економічного, але й соціального ефекту.

На відміну від більшості країн світу, де особливу увагу в кадровій політиці приділяють формуванню первинної медико-санітарної допомоги на принципах загальнолікарської практики як найбільш економічної, доступної та близької до населення, вітчизняна галузь охорони здоров'я до сьогодні була зорієнтована на вузьку спеціалізацію кадрового потенціалу, переважання стаціонарної сфери медичних послуг над амбулаторною. Ці прорахунки в організації первинної медико-санітарної допомоги призвели до компенсаторного розвитку найдорожчих видів

медичної допомоги (спеціалізованої, стаціонарної), що сприяло подальшому кадровому дисбалансу на ринку трудових ресурсів у галузі [1, с. 5].

Як свідчать статистичні дані, в Україні забезпеченість лікарями загальної практики/сімейної медицини надзвичайно низька. Так, станом на IV квартал 2014 року в 19 районах Полтавської області налічується 51 амбулаторія ЗПСМ, де жодна лікарська посада не зайнята фізичною особою. І це попри те, що в Україні функціонує історично успадкована система організації надання ПМСД з розгалуженою мережею амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних (дільничні, районні, сільські та міські лікарні) закладів, лікарі яких мають первинний контакт з пацієнтом. Таким чином, в умовах значного дефіциту дільничних терапевтів і педіатрів впровадження сімейної медицини слід розглядати як відновлювальний процес для забезпечення ефективного функціонування ПМСД. Про це також наголошується у Алма-Атинській декларації ВООЗ 1978 р. про зміцнення первинної медичної допомоги. Крім того, досить гостро постає проблема перекваліфікації дільничних лікарів на сімейних, адже вони не мають права обіймати посади сімейних лікарів без проходження відповідних курсів спеціалізації.

Сьогодні експерти зазначають, що основними факторами кадрового дефіциту в галузі охорони здоров'я є низький рівень оплати праці, який не відповідає рівню соціальної значущості професії лікаря, як наслідок – зниження престижності професії, професійна міграція (зовнішня), високий коефіцієнт «вигорання» у професії. Тому формування медичних кадрів в цілому і зокрема зі спеціальності ЗПСМ необхідно розглядати як комплексну та багатофакторну систему підбору кваліфікованих працівників за рахунок внутрішніх і зовнішніх джерел. Метою цієї системи є забезпечення потреби галузі та окремих закладів у необхідній кількості спеціалістів у конкретні терміни.

Основою розбудови первинної ланки медичної допомоги може стати залучення приватних сімейних лікарів на договірних засадах. Зокрема, ст. 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачено, що надання первинної медичної допомоги поряд з центрами ПМСД, забезпечують також лікарі загальної практики - сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. Реалізація даної норми потребує,

передусім, створення рівних умов праці сімейних лікарів комунальної сфери та приватних сімейних лікарів, зарахування стажу останнім та надання прав виписування листків тимчасової втрати працездатності, користування наркотичними лікарськими засобами, вирівнювання прибутку приватного сімейного лікаря та заробітної плати комунального сімейного лікаря тощо. Позаяк, цінність даної моделі полягатиме у наданні можливості органам місцевого самоврядування, лікарям та територіальній громаді визначатись у оптимальних співвідношеннях пацієнта з центром ПМСД (діагностично-лікувальним центром ПМСД) чи приватним сімейним лікарем. А сімейний лікар стане реальним координатором руху бюджетних коштів для проведення діагностування і лікування пацієнтів, і буде вкрай заінтересований у створенні конкурентного середовища серед лікарів-спеціалістів, які надають аналогічні послуги на вторинному і третинному рівнях [2]. Як результат – оптимізація управління бюджетними коштами на всіх рівнях бюджетної системи, підвищення якості надання відповідних послуг населенню та створення уніфікованої системи розрахунку їх вартості.

Підсумовуючи вищевикладене, зазначимо, що першочерговим завданням держави на сьогодні є створення в межах кожної адміністративно-територіальної одиниці єдиного медичного, фінансового та інформаційного поля, яке забезпечувало б організацію медичної допомоги населенню на засадах застосування сучасних інформаційних і управлінських технологій та економічної доцільності, тобто раціонального розподілу обсягів медичної допомоги і витрат на її надання [3]. Повноцінний перехід до принципів сімейної медицини, в свою чергу, неможливий без проведення системних законодавчих змін.

Список використаних джерел

1. Худоба О.В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України / О.В.Худоба // Теорія та практика державного управління. - 2010. - Вип. 4. - С. 405-413.
2. Корнійчук О.П. Удосконалення економічного механізму розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні / О.П.Корнійчук // Український медичний часопис. - № 3 (89) – V/VI, 2012 р. Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/magazine/89>
3. Організація надання первинної медичної допомоги населенню [Електронний ресурс] / Щотижневик “АПТЕКА” - № 694 (23) 08.06.2009. Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/8692>

З.В. Лашкул,

к.мед.н., доцент,

завідуюча кафедрою соціальної медицини,
організації і управління охороною здоров'я
та МСЕ, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ

В умовах реформування галузі охорони здоров'я, головним питанням залишається підготовка керівних кадрів для лікувальних закладів та муніципальних органів влади.

Сьогодні основні тяготи медичного забезпечення населення, а також вирішення завдань виживання трудових колективів покладені на плечі керівників охорони здоров'я. І якщо попередня система організації медичної допомоги вимагала від керівника, насамперед “пробивних здібностей”, сьогодні керівник повинен мати гарну підготовку по організації, економіці охорони здоров'я, роботі з кадрами й багатьма іншими питаннями, які йому доводиться постійно вирішувати у своїй практичній діяльності.

У той же час далеко не всі керівники мають такі знання. Ця вада багато в чому пов'язана з відсутністю системи призначення на керівну посаду. Сьогодні, нерідко це відбувається так: при вакантній посаді керівника медичної установи із числа найбільш досвідчених лікарів, що мають організаторські здібності, відбирають кандидатів на цю посаду й з урахуванням їх бажання одного з них призначають керівником. Після призначення його іноді направляють на які-небудь курси, але, найчастіше, такий керівник сам у процесі своєї практичної діяльності підвищує свою кваліфікацію організатора. Нерідко такий керівник вчиться керувати на власному досвіді, допускаючи у своїй діяльності великі й малі помилки.

І якщо в минулому головний лікар більше займався вибиванням грошей, закупівлями, будівництвом, організацією медичної допомоги, то сьогодні керівник ЛПЗ насамперед менеджер.

Двомісячна підготовка з обмеженими годинами навчання по

основних розділах (управління фінансами, якістю, медичне право і т.д.) – недостатня. Якщо врахувати, що частіше вони приходять на курси після призначення на посаду, то великою мірою ці курси носять очно-заочний характер. Після проходження первинної спеціалізації, більшість із керівників приходять на передатестаційний цикл лише через 3-5 років. А за цей проміжок встигають “наламати чимало дров”.

Хто в цьому винен? Система, яка дозволяє призначати на керівні посади непідготовлених керівників і не зацікавлена в їхньому постійному підвищенні кваліфікації. Крім того, дуже часто керівника відправляють на курси з вимогою бути на основному робочому місці.

Я, маючи досвід роботи начальника департаменту, можу їх зрозуміти. Залишити на 2 місяця ЗОЗ без першого керівника, це завжди проблема. Тому необхідно розробити положення про порядок призначення на посаду керівників ЗОЗ й концепцію їх безперервного навчання.

Тривалі курси первинної спеціалізації повинні здійснювати до призначення на посаду керівника, і сьогодні я можу сказати однозначно, що два місяці це занадто мало – повинно бути не менше 6 місяців.

Безперервність медичної освіти, тобто підвищення кваліфікації надалі повинно бути не один раз в 5 років, а щорічно, шляхом накопичення певного числа кредитів.

Як забезпечити при цьому мотивацію до безперервного навчання, насамперед, перехід з морального обов’язку в законодавчо закріплену норму.

Необхідно різноманітити теми циклів по підготовці керівників ОЗ (фінансування, трудове й медичне право, питання психології, експертизи непрацездатності й страхової медицини). Цикли повинні бути короткими та гнучкими, організація їх повинна передбачати можливість проведення у вихідні дні та вечірні години, використання дистанційних форм навчання.

Необхідно визначити, хто має право бути керівником ЗОЗ або муніципальної служби. Лікар, економіст або юрист. Кращий керівник той, хто буде мати всі три освіти. В іншому випадку, програма первинної спеціалізації для цих категорій повинна бути різною.

Окрема програма повинна бути й для керівників приватних структур. Тут і питання реклами, бізнес - планування, і т.д.

В сучасних умовах успішність управління визначають не тільки професійна компетентність керівника, але і його вміння працювати з людьми на основі знань в області соціальної психології й психології управління. Це диктує необхідність набуття керівниками установ охорони здоров’я знань з психології управління й умінь застосування їх на

практиці.

Досвід підготовки організаторів охорони здоров'я в різних країнах показав необхідність післядипломної підготовки керівників охорони здоров'я з питань економіки, права, психології. Так раніше, адміністраторами охорони здоров'я лікарі в США ставали після багаторічної клінічної практики. Зараз введена спеціальність — управління охороною здоров'я, яка передбачає оволодіння такими розділами, як основи традиційного управління, фінансовий аналіз, мікро - і макроекономічний аналіз, аналіз прийняття рішень, стратегічне планування й ін.

Багато медичних коледжів ввели у свої програми викладання елементів адміністративного управління. Управлінська праця в охороні здоров'я поєднує організаційні функції й керівництво роботою лікарів.

Американські медичні школи громадської охорони здоров'я, організовані при різних університетах, поряд з підготовкою кадрів організаторів охорони здоров'я й управління органами й закладами охорони здоров'я, проводять велику науково-дослідну роботу. Післядипломна підготовка організаторів охорони здоров'я в країнах Європи проводиться в школах громадської охорони здоров'я при університетах або на кафедрах комунальної медицини в медичних школах (Великобританія, Бельгія, Нідерланди) або в державних школах громадської охорони здоров'я (Франція, Швеція й ін.). У школах громадської охорони здоров'я при університетах післядипломна підготовка носить форму спеціалізації; у державних школах основна увага приділяється підготовці до виконання спеціальних функцій. У Великобританії перший центр післядипломної освіти лікарів був організований на базі Лондонського поліклінічного інституту в 1918 році. Нині Великобританія має досить розвинену мережу навчальних центрів для підготовки організаторів громадської охорони здоров'я (школи громадської охорони здоров'я при університетах, кафедри комунальної охорони здоров'я в медичних школах), на яких проводяться курси спеціалізації й удосконалення, а також ведеться науково-дослідна роботи. Тривалість післядипломної підготовки становить один рік при неповному навчальному навантаженні.

Таким чином, проведений аналіз показує, що в зарубіжних країнах відсутня єдина система післядипломного навчання керівників охорони здоров'я, однак необхідність такої підготовки, удосконалювання її форм і методів визнається всіма країнами.

Досвід роботи кафедри соціальної медицини, організації і управління ОЗ та МСЕ ДЗ “ЗМАПО МОЗ України” за останні 5 років показав,

що курси ТУ з питань права, фінансування, психології, реформування дуже затребувані. Користуються попитом короткі цикли: “Школи по правах пацієнта”, “Школи по правах медичних працівників”, “Школи по профілактиці АГ” у вихідні та вечірні години.

У той же час ця робота для співробітників кафедр не враховується. Згідно з наказом МОЗ від 22 липня 1993 р. №166 в навчальному плані враховуються курсанто-місяці, а це насамперед цикли місячні, двомісячні і т.д. Тобто для закладу післядипломної освіти не вигідно проведення короткотривалих циклів.

З урахуванням викладеного вносимо наступні пропозиції в рішення конференції.

1. Перейменувати кафедри соціальної медицини й організації охороною здоров'я в кафедри громадського здоров'я.

2. Дозволити відкривати на базі кафедр курси медичного права, економіки, психології управління, експертизи тимчасової і стійкої непрацездатності, страхової медицини і т.д.

3. Внести зміни у кваліфікаційні вимоги організаторів охорони здоров'я.

4. Дозволити призначення на посаду директорів, головних лікарів ЗОЗ осіб з немедичною освітою (економісти, юристи) після первинної спеціалізації на кафедрах громадського здоров'я.

5. Організувати центр підготовки викладачів кафедр громадського здоров'я за участю ВООЗ та ін. міжнародних організацій. Передбачити стажування викладачів за кордоном.

6. Переглянути програми первинної спеціалізації організаторів охорони здоров'я з урахуванням вимог часу, а також щорічні цикли ТУ на основі кредитної системи.

7. Розробити положення про порядок обліку часу роботи викладачів при проведенні дистанційних курсів, коротких циклів ТУ, «Шкіл» і т.ін.

Список використаних джерел

- 1.Бернар Майе. Будущее постдипломного образования НМО/НПР европейских врачей - специалистов: проблемы, стоящие перед Европейским союзом медицинских специалистов /Бернар Майе // Материалы UEMS, 2009. -26.
- 2.Международные стандарты ВФМО по улучшению качества в медицинском образовании. Европейская спецификация. «Медицинское образование в Европе». Университет Копенгагена. -Дания. 2007. 56.
- 3.Резолюция 2011/20 <http://admin.uems.net/uploadedfiles/1486.pdf>
- 4.Резолюция 2011/30 <http://admin.uems.net/uploadedfiles/1497.pdf>
- 5.Continuing Medical Education and Professional Development in Europe (Development and Structure). Brussels, April, 2008.
- 6.UEMS yearbook, 2009. Special Edition, Brussels.

О.Н.Литвинова,

кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України», магістр державного управління

Н.Я.Панчишин,

кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Ю.М.Петрашик,

кандидат філологічних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Сьогодні, в умовах тотальної кризи в системі охорони здоров'я та в умовах гострої необхідності її реформування, роль керівника, чи менеджера, як модератора змін і гаранта збереження та розвитку системи зростає суттєво. Саме на керівників, чи, іншими словами, провідників системи охорони здоров'я лягає відповідальність за таку організацію її ефективної діяльності, яка б забезпечила головну мету організації – збереження здоров'я громадян України.

Провідникам системи охорони здоров'я слід керуватися тим, що організація охорони здоров'я – це складна, відкрита соціальна система, що є цілісним утворенням, має внутрішню будову, яка складається із

структурних підсистем, що характеризується численними зв'язками різної природи, завдяки яким елементи взаємодіють між собою заради досягнення мети організації. При підготовці менеджерів в охороні здоров'я слід враховувати двоїстість структурної будови системи: з одного боку – це діяльність органів і систем, спрямована на збереження здоров'я людини, а з іншого – це діяльність органів і систем, спрямована на повернення здоров'я людини.

Організації охорони здоров'я є унікальними та відмінними від інших типів організацій, що працюють в економічному чи промисловому руслі. Відповідно, що відмінності у галузі управління також суттєві.

Менеджерам системи охорони здоров'я слід враховувати, що особливості їх управлінської системи полягають в наступному:

- Більш складне визначення та вимірювання результатів.
- Виконувана робота дуже різноманітна та складна.
- Більшість роботи, за своєю природою, є терміною та невідкладною.
- Робота не допускає терпимості до невизначеності та помилок.
- Виробнича діяльність надзвичайно взаємозв'язана з іншими видами роботи, вимагає високого ступеня координації дій різних професійних груп.
- Робота потребує надзвичайно високого ступеня спеціалізації. Члени організацій - фахівці високого рівня, вони перш за все бережуть честь мундира і віддані своїй професії, а інтереси організації для них - на другому місці.
- Існує лише незначний контроль за виконанням роботи лікарями та за витратами з боку адміністрації організації, тобто тієї групи працівників, яка несе найбільшу відповідальність за всі справи перед населенням та державою.
- В багатьох організаціях охорони здоров'я, особливо у лікарнях, існують подвійні повноваження, що викликає проблеми в координації та підзвітності і приводить до змішування ролей [1, с.116].

Відповідно до особливостей організації, слід враховувати особливість ментальності керівника і ментальності лікаря, які дещо альтернативні, але саме в медичних закладах накладаються на одну особу – керівника (Див.табл.1). Ця особливість змушує провідників системи охорони здоров'я триматися золотієї середини при прийнятті управлінських рішень і часто шукати компроміс між інтересами пацієнта та організації.

Порівняльна характеристика ментальності лікаря і керівника

Аспект	Ментальність керівника	Ментальність лікаря
Відданість справі	організації	пацієнта
Відповідальність	колективна	особиста
Повноваження	ієрархічні	колегіальні
Часові рамки	орієнтація на майбутнє	орієнтація на теперішній час
Зворотний зв'язок	відстрочений, невизначений	негайний і конкретний

Саме цією ментальною особливістю та схильністю лікарів до надмірної обережності та певного консерватизму пояснюються такі тугі зміни в реформуванні системи охорони здоров'я.

Слабка підготовка менеджерів системи охорони здоров'я в плані економічної та правової грамотності призвела до закостенілості існуючої системи охорони здоров'я.

Відповідно до Національного класифікатора України: «Класифікація видів економічної діяльності» ДК 009: 2010, Національного класифікатора України: “Класифікатор професій” ДК 003:2010 та Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників в Україні можлива підготовка керівників зі спеціальності 7.03060101 (6.03060101) «Менеджмент організацій і адміністрування (за видами економічної діяльності)» галузі знань 0306 «Менеджмент і адміністрування» кваліфікації 1482 «Менеджери (управителі) в охороні здоров'я» освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» («бакалавр»).

Проблема виникає в тому, що відповідно до наказу МОЗ України від 23 лютого 2000 року N 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» не передбачає посади менеджер (управитель) в охороні здоров'я [2, с.492].

Щодо методики підготовки менеджерів в світі, Європейська система займає проміжне місце між США та Японією. Якщо перша десятки років орієнтувалася на теоретичне навчання менеджерів у сотнях бізнес-шкіл, то друга – навпаки акцентувала підготовку керівників на практичному досвіді. Сьогодні в Європі, а останнім часом і в Україні, з одного боку, діє достатньо освітніх закладів, де навчають менеджменту, а ще більше відповідних центрів підвищення кваліфікації, а з другого — професія

менеджера у більшості європейських країн розглядається як така, що гармонійно доповнює інженерну, економічну, юридичну та іншу подібну освіту, тобто стоїть не на другому, а на першому місці [3, с.322].

Список використаних джерел

1. Вороненко Ю.В., Литвинова О.Н. Менеджмент та лідерство в медсестринстві – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 368 с.
2. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 року N 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://intensiveclub.org/documents/nakaz-moz-ukra%D1%97ni-vid-23-lyutogo-2000-roku-n-33-pro-shtatni-normativi-ta-tipovi-shtati-zakladiv-oxoroni-zdorovya/>
3. Шоробура І.М. Менеджмент [текст] навчальний посібник / І.М. Шоробура. – Хмельницький, 2014. – [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.google.com.ua/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Foa.elibukr.org%2Fbitstream%2F1984%2F1825%2F1%2F%25D0%25A8%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B1%25D1%2583%25D1%2580%25D0%25B0%2520%25D0%25BC%25D0%25B5%25D0%25BD%25D0%25B5%25D0%25B4%25D0%25B6%25D0%25BC%25D0%25B5%25D0%25BD%25D1%25822013.doc&ei=OokiVZadLcGcPlzggYgE&usg=AFQjCNFI0sec1EfBxBrlWBcluxCeDaHS0A&bvm=bv.89947451,d.ZWU>

Ю. С. Мазепа,

кандидат медичних наук

науковий співробітник ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС

СТРАТЕГІЧНИЙ ПІДХІД ОЦІНКИ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПЕЙСЬКОМУ РЕГІОНІ

Основні проблеми, з якими стикаються системи охорони здоров'я в Європі викликані демографічними і епідеміологічними змінами, появою нових технологій, а також зміною політичних та економічних умов впливають на кадрові ресурси охорони здоров'я. Регіональним бюро до Всесвітнього дня здоров'я у 2006 році опубліковано “Кадрові ресурси охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ”[5]. Тема кадрових ресурсів охорони здоров'я поряд з п'ятьма іншими темами (управління, оцінка функціонування, інтегрована допомога, вертикальний підхід в охороні здоров'я в порівнянні з горизонтальним і суспільна охорона здоров'я) визнана 53 державами - членами Європейського регіону однією з ключових тем для обговорення.

Усі європейські держави стикаються з проблемами дисбалансу кадрових ресурсів в охороні здоров'я, що посилюється під впливом демографічних, технологічних, політичних, соціально-економічних та епідеміологічних змін, зокрема під впливом факторів, пов'язаних зі старінням і міграцією населення [1,5]. Для вирішення цих проблем необхідні добре підготовлені динамічні кадри, здатні адаптуватися до змін середовища, готові дивитися в обличчя новим очікуванням суспільства і реагувати на них [6]. Здатність швидкого та адекватного реагування істотно залежить від наявності працівників охорони здоров'я, які володіють необхідними навичками, належним чином згрупованих за типами, рівнем і місцем надання послуг та працюють в умовах, які сприяють якісному виконанню ними своїх обов'язків. Традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами більше не задовольняють вимоги систем охорони здоров'я, тому час вимагає впровадження інноваційних підходів. Динаміка ринку праці в

секторі охорони здоров'я зазнає радикальних змін. Всюди з'являються нові приватно-державні структури, тоді як міжнародна мобільність працівників охорони здоров'я (і пацієнтів) розширила ринок і вплинула на динаміку попиту та пропозиції.

Загальна кількість кадрів охорони здоров'я в Європейському регіоні оцінюється в 16,6 млн. працівників, у середньому 18,9 на 1000 населення. Провайдери медичних послуг становлять 69% (11,5 млн.), а адміністративний і допоміжний персонал - 31% (5,1 млн.) від загального числа кадрових ресурсів охорони здоров'я. Спостерігається виражена неоднорідність в географічному розподілі та професійній структурі працівників охорони здоров'я між країнами (табл. 1) [2].

Забезпечення відповідними, підготовленими медичними кадрами, безсумнівно, є найважливішим питанням європейської політики в галузі охорони здоров'я на даний час та у майбутньому. Хоча очікується, що потреба в працівниках охорони здоров'я зростатиме у всіх країнах, кадрові ресурси охорони здоров'я продовжують залишатися однією з найбільш складних областей, яка важко піддається корекції.

Таблиця 1.

Чисельність працівників охорони здоров'я на 100 000 населення в Європейському регіоні ВООЗ

Країна / регіон	Лікарі	Медсестри	Фармацевти
Європейський регіон ВООЗ	351,22	669,02	50,93
Європейський союз	343,56	708,26	77,54
Республіки Центральної Азії і Казахстан	293,14	767,68	16,38
Співдружність незалежних держав	373,55	794,18	18,44
Найнижча чисельність	118,54 (Албанія)	245,15 (Туреччина)	3,03 (Узбекистан)
Найвища чисельність	618,52 (Італія)	1856,91 (Ірландія)	204,31 (Мальта)

Таблиця 1, наведена вище, дає коротку характеристику ситуації, однак країни повинні мати уявлення про динаміку попиту та пропозиції на працівників охорони здоров'я і про можливі зміни з плином часу. Важливо оцінити майбутній попит на працівників охорони здоров'я та виявити будь-який важливий дефіцит, який може проявитися, якщо не будуть зроблені стратегічні дії.

Європейське регіональне бюро ВООЗ, використовуючи послідовні підходи і відповідний інструментарій, підтримує усі європейські держави в їх зусиллях щодо вдосконалення їх систем охорони здоров'я,

включаючи підготовку, розподіл і управління трудовими ресурсами [3]. Для ліквідації розриву між повсякденним досвідом і контрольованими, заснованими на фактичних даних діями, особи, відповідальні за прийняття рішень на державному та на місцевому рівнях, потребують, насамперед, повної інформації про стан кадрового забезпечення. У кожній з країн необхідно створити надійні і достовірні бази даних по кадровому забезпеченні, що дозволить проводити відповідний аналіз і планування кадрових ресурсів. Також необхідно докласти зусилля на рівні країн для вдосконалення управління кадрами, надавши чіткі описи службових обов'язків, в яких ясно визначені завдання, обов'язки та критерії оцінки якості роботи, системи моніторингу для звітності та компенсацій, а також ефективні схеми мотивації. Освіта для працівників охорони здоров'я має стати одним із ключових структурних елементів реформ систем охорони здоров'я, тісно пов'язана з її іншими функціями. Величезні зусилля необхідно докласти для поліпшення якості професійної підготовки та практичних навичок працівників охорони здоров'я для того, щоб їх кваліфікація відповідала потребам населення і вимогам системи охорони здоров'я. Потреби у сфері охорони здоров'я, нові очікування суспільства і складні умови існування в світі, що переживає глобалізацію, вимагають чітких правил по підготовці кадрових ресурсів охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Доповідь про стан охорони здоров'я в світі, 2006 Женева, Всесвітня організація охорони здоров'я, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>).
2. Европейская база данных “Здоровье для всех” Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (<http://data.euro.who.int/hfad/>).
3. A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007–2013). Brussels, Commission of the European Communities, 2006 (http://www.eepa.be/wcm/mambots/editors/mostlyce/jscripts/tiny_mce/plugins/filemanager/files/EU_061221_Communication_Healthworkers.pdf).
4. EU Consensus Statement on the Crisis in Human Resources for Health. Luxembourg, Council of the European Union, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/91474/E88365.pdf).
5. Human resources for health in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 г. (<http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf>).
6. Ministers of Foreign Affairs et al. Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. The Lancet. 2007, 369 (9570):1373–1378 (<http://multimedia.thelancet.com/pdf/oslo.pdf>).

В.А.Малюська,

кандидат наук з державного управління,
доцент кафедри державного менеджменту
НАДУ при Президентіві України

СПІВПРАЦЯ ЦЕРКВИ І ДЕРЖАВИ В ПИТАННІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Співпраця медицини і релігії, зокрема Православ'я, не є чимось новим в соціальній практиці. У нашій країні багато монастирів містили лікарні, а також інші, які приймали і надавали безкоштовну медичну допомогу мандрівникам, чого не могла забезпечити держава. (Цей ранній період в історії медицини так і називається монастирським). Значимим явищем у суспільному житті в ХІХ столітті, в передреволюційний час, був рух сестер милосердя, який зароджувався в храмах і монастирях і охоплював найрізноманітніші верстви населення, – від знаті до простих людей. Поняття «медицина» і «охорона» здоров'я, так само як і «релігія» і «церква» не синонімічні. Часто згадуваний соціальний інститут медицини, розуміється, як охорона здоров'я. Кажучи ж про релігію, аналогічним чином використовується поняття «церква». Проте і в тому, і в іншому випадку ми розуміємо, що це не одне і те ж [1]. Згідно з православним віровченням, людина є єдністю трьох складових – духу, душі і тіла, і такі поняття як здоров'я і хвороба застосовні відносно кожного з цих компонентів. Дух визнається вищим початком в природі людини, до області духу відносяться стосунки між людиною і Богом і всі ті категорії, які пов'язані з цими стосунками (наприклад, совість, любов, борг). Коли говорять про душу, то мають на увазі більшою мірою емоційну сферу особи. З духом і душею тісно пов'язана фізична, тілесна складова людини. (Детальний богословський виклад цієї теми дав професор-хірург, архієпископ, прославлений в лику святих, В. Ф. Войно-Ясенецький). І хоча духу відводиться чільне місце у складі людини, плоть також має своє важливе значення. «Ти влаштував нутрощі мої і виткав мене в чреві матері моєї. Славлю Тебе, тому що я дивно влаштований» – так звертався до Бога Псалопспівець Давид. «Здоров'я і добробут тіла дорожчі за всяке золото, і міцне тіло краще за незчисленне багатство».

І подібних за значенням цитат зі Священного Писання можна було б привести немало [2].

Церква визнає необхідною турботу про здоров'я, і не лише тілесного, але і душевного, і духовного. У Біблії (а саме, в книзі Ісуса сина Сирахова, глава 18, вірш 19) сказано: «Раніше хвороби піклуйся про себе» [3].

Чіткий погляд з цього питання виражений в «Основах соціальної концепції Руської Православної Церкви», прийнятої на Архієрейському Соборі в 2000 г.: «Проблема здоров'я особи і народу не може для Церкви бути зовнішньою, суто соціальною, оскільки безпосередньо співвідноситься з її посланництвом в світі, пошкодженому гріхом і недугами. Церква покликана в співпраці з державними структурами і зацікавленими суспільними колами брати участь у виробленні такого розуміння охорони здоров'я нації, при якому кожна людина могла б здійснити своє право на духовне, фізичне, психічне здоров'я і соціальне благополуччя при максимальній тривалості життя».

Здоров'я, згідно з православною вченням, – дар Божий. Тому і ставитись до нього православне віровчення закликає як до цінності. Невідповідне відношення до здоров'я веде до його втрати – хвороби. В деяких випадках зв'язок між гріхом (неналежною поведінкою, думками) і хворобою яскравий і очевидний (наприклад, при зловживанні алкоголем).

Хвороба не розглядається як виключно негативне явище. Навпаки, Православ'я закликає розглядати вищий, духовний сенс людського страждання і завдяки цьому примиряє людину з його хворобою. (Детальний богословський вміст даного питання викладено священником С.Жоховим).

Християнство регламентує життя людини, дає йому певні рекомендації у всьому, що стосується його праці, побуту, соціальної активності і так далі. Регламентація дає віруючому уявлення про те, що вважати нормою, а що – відхиленням від неї (не лише у сфері здоров'я, більшою мірою це стосується духовного життя). Гріхам – таким як обжерливість, гнів, смуток, пихатість, гордість – протиставляються чесноти – відповідно, стриманість, лагідність, радість, упокорювання, любов.

«Гріх можна розглядати як ґрунт для аномальних особових реакцій, стресів, усередині особових конфліктів і етично негативних емоцій, а отже, для тих соматичних і психічних захворювань, які з

ними пов'язані». Пристрасті, тобто гріховні стани душі – наприклад, озлобленість, заздрість, гордість, – ведуть до хвороб. Досвід Церкви, що свідчить про це, узагальнений, проаналізований і викладений Н. Д. Гурьєвим.

Християнин контролює емоційну, вольову сферу своєї особи і тим самим, фактично, слідує принципам, які в медицині об'єднуються поняттям саногенного (від слова «саногенез») мислення.

Особливо слід розглянути питання православного відношення до деяких хвороб і шкідливих звичок. На першому місці тут знаходиться зловживання алкоголем. Само по собі вживання вина (і взагалі алкогольних напоїв) не вважається негожим. «Вино корисне для життя людини, якщо питимеш його помірно. Що за життя без вина? воно створене на радість людям. Відрада серцю і втіха душі – вино, що помірно вживається вчасно; жаль для душі – вино, коли п'ють його багато...». Пияцтво недвозначно засуджується Церквою.

Дуже важливим є питання соціального служіння, яке підтверджується словами Христа: «Не благаю, щоб Ти узяв їх від світу, але щоб зберіг їх від зла... Як Ти послав мене в світ, так і Я послав їх в світ».

Тому і практика служіння хворим вітається Церквою. «Церква благословляє православним братерством і сестринством милосердя нести послух в клініках та інших установах охорони здоров'я, а також сприяє створенню лікарняних храмів, церковних і монастирських лікарень, щоб медична допомога на всіх етапах лікування і реабілітації поєднувалася з пастирським піклуванням. Церква закликає мирян надавати посильну допомогу хворим, яка покриває людські страждання милуючою любов'ю і турботою».

Список використаних джерел

1. Антоній, митрополит Сурозький. Життя, хвороба, смерть. – М.: Видання Зачатіївського монастиря, 1997. – 120 с.
2. Беседа святого Василя Великого про піст. // Журнал Московської Патріархії. – 1968. – №3. С. 17-20.
3. Біблія: Книги Священного Писання Старого і Нового Завіту. – М. Російське біблійське товариство, 2001. 1374 с.
4. Войно-Ясенецький В Ф., (архієпископ Лука). Дух, душа, тіло. – Сімферополь, 2002. – 412 с.

В.І. Мартюк,

кандидат медичних наук

лікар ортопед-травматолог дитячий

КЗ «Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня»

Херсонської обласної ради

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ В УКРАЇНІ

Сьогодні система охорони здоров'я України перебуває в стані тривалого реформування, головна мета якого – забезпечення ефективного розвитку галузі, підвищення рівня якості та доступності медичної допомоги населенню. Якісна робота системи охорони здоров'я є насамперед відображенням рівня кваліфікації спеціалістів медичної галузі. За таких обставин особливого значення набуває ефективна державна політика з підготовки медичних працівників, зокрема з післядипломної освіти лікарів.

Систему підготовки фахівців для охорони здоров'я розробляють у НМУ В. Москаленко, М. Банчук, І. Булах, О. Волосовець, Ю. Колесник, О. Мінцер, О. Орда, О. Панченко, яка базується на принципах єдиної безперервної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців, управлінні якістю їх підготовки, дистанційній освіті, органічному поєднанні клінічної, теоретичної і психологічної підготовки медичного персоналу в університетських клініках до професійної діяльності. Основою системи підготовки фахівців є створена навчально-професійно-виробнича вертикаль підготовки фахівців, в якій поєднується набуття певного освітнього рівня та отримання професійної кваліфікації, їхня постійна сертифікація та безперервний розвиток впродовж усього професійного життя [1].

Державне управління освітою фахівців охорони здоров'я в умовах перебудови галузі в Україні досліджує Т. Чернишенко, яка науково обґрунтовує розробку організаційно-правових засад удосконалення державного управління системою освіти фахівців охорони здоров'я в Україні, визначення її сутності, змісту і особливостей, адаптацію до міжнародних норм і стандартів [3].

В. Подрушняк обґрунтовує і розробляє кваліфікаційні критерії в системі професійної підготовки і використання медичних кадрів в охороні здоров'я, а саме: досліджує ставлення медичних працівників до якості їх професійної підготовки та удосконалення; визначає підходи до класифікації медичних професій в Україні та за кордоном; обґрунтовує розробку кваліфікаційних характеристик посад працівників галузі охорони здоров'я та заходи щодо удосконалення системи підготовки й використання медичних працівників [2].

Проявами проблеми є неможливість існуючого державного регулювання післядипломної освіти лікарів забезпечити сучасні потреби медичної галузі, а саме:

- неможливість існуючої системи післядипломної освіти лікарів реагувати на швидкий розвиток медичної науки;
- недостатнє інформаційне забезпечення галузі;
- недостатня орієнтація системи післядипломної освіти на потреби лікарів закладів охорони здоров'я;
- недостатній доступ широкого лікарського загалу до фахової інформації;
- відсутність зацікавленості лікарів у неперервній освіті;
- відсутність зацікавленості керівників лікувально-профілактичних закладів у навчанні співробітників.

Розв'язання існуючої проблеми можливе шляхом здійснення наступних заходів:

1. Розробити та впровадити зміни в систему післядипломної освіти лікарів та порядок проведення атестації лікарів.
2. Провести оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я та закладів післядипломної освіти медичних працівників.
3. Розробити нормативи оновлення навчальних програм в закладах післядипломної освіти.
4. Впровадження достатнього інформаційного забезпечення галузі.
5. Впровадження методів дистанційної освіти та виїзних курсів, семінарів без відриву від виробництва.

Для застосування такого варіанту політики необхідно збільшити варіативну частину балів, які треба набрати у міжатестаційний період, зі збереженням загальної кількості балів на рівні, що існує. Передбачити нарахування балів за участь в кожному освітньому заході (конференція, семінар, симпозіум, майстер-клас) окремо.

Підвищення кваліфікації за дистанційною формою навчання у

зкладах післядипломної освіти необхідно прирівняти до очної форми навчання, що дозволить більш ефективно підвищувати рівень знань лікарів, які працюють у сільській місцевості. Застосування дистанційної освіти розширить доступ до сучасної фахової інформації для лікарів пенсійного віку, які сьогодні становлять значну частину кадрового ресурсу галузі.

Це спонукатиме лікарів не лише частіше проходити навчання на курсах вдосконалення, приймати участь в роботі фахових конференцій, семінарів, майстер-класів, але й використовувати сучасні методи дистанційної освіти. Впровадження достатнього інформаційного забезпечення галузі відкриє лікарям можливість неперервного доступу до сучасної фахової інформації та створюватиме умови для неперервної освіти.

Регулярне оновлення (не рідше 1 разу на 5 років) навчальних програм на кафедрах закладів післядипломної освіти лікарів сприятиме більш повному задоволенню потреб галузі охорони здоров'я в освітніх послугах.

Крім того, для мотивації керівників лікувально-профілактичних закладів до навчання персоналу необхідно у вимоги до акредитації закладу внести не лише показники кваліфікації медичного персоналу, а й показники які характеризують неперервність післядипломної освіти.

Список використаних джерел

1. Москаленко В. Ф. Система професійної безперервної підготовки фахівців для охорони здоров'я України / В. Ф. Москаленко, М. В. Банчук, Т. Д. Бахтєєва та ін. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kdpu-nt.gov.ua/work/sistema-profesiinoyi-bezperervnoyi-pidgotovki-fakhivtsiv-dlya-okhoroni-zdorov%E2%80%99ya-ukrayini-0?page=2>. – Назва з екрана.
2. Подрушняк В. Б. Обґрунтування і розробка кваліфікаційних критеріїв у системі професійної підготовки і використання медичних кадрів в охороні здоров'я : автореф. дис. канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Подрушняк В. Б.; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2002. – 20 с.
3. Чернишенко Т. І. Державне управління освітою фахівців охорони здоров'я в умовах перебудови галузі в Україні : автореф. дис. ... канд. держ. упр. : спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Чернишенко Т. І. ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2003. – 20 с.

Л.А.Мельник,
к.держ. упр.,
доцент кафедри управління
охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного
управління при Президентіві України

НАСЛІДКИ ЕМІГРАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДЛЯ УКРАЇНИ

Сьогоднішня ситуація в Україні характеризується збільшенням рівня безробіття, низьким рівнем заробітної плати, фактичним порушенням конституційних прав громадян на працю, відсутністю можливостей для кар'єрного зростання, незадовільними житловими умовами, що призводить до трудової еміграції, у т.ч. і медичних працівників.

Багато науковців досліджують питання еміграції медичних працівників лише в контексті дефіциту кадрів. Тому ми розглянемо трудову еміграцію медичних працівників на європейському ринку праці та проаналізуємо наслідки такого процесу для України.

Проаналізувавши офіційні дані Державної служби статистики України, слід зазначити, що з 2002 року по 2012 рік відбувається поступове зниження еміграції українського населення (із 76,3 тис. осіб до 14,5 тис. осіб.), однак із 2013 року відбулося збільшення кількості осіб, які залишають Україну (22,2 тис. осіб), що пов'язано із сучасною економічною та політичною ситуацією в країні [2].

Не можна залишити поза увагою основні причини виникнення міграції медичних працівників: низький рівень заробітної плати, кращі умови медичної діяльності, рівень новітніх технологій, можливості підвищення кваліфікації, отримання нового професійного досвіду та певних соціальних гарантій у країні-реципієнті (приймаючій країні). У той же час існують умови, які стримують міграційні процеси серед медичних працівників, серед яких значне місце займає знання мови, традиції у медичній освіті та професійній практиці, формальні та неформальні правила економічної поведінки.

Розглядаючи діяльність медичних працівників, ми спостерігаємо ситуацію, що в Україні зберігається тенденція до скорочення їх кількості.

Якщо у 2000 році брак лікарів становив 39 тис. осіб, то вже в 2011 році збільшився до 50 тис. осіб. За даними Міністерства охорони здоров'я станом на 1 липня 2013 року укомплектованість лікарських посад становить 82 % та молодших медичних працівників – 89 % [3].

Як свідчить аналіз, головними причинами скорочення чисельності лікарів є: значна кількість осіб пенсійного віку; низька заробітна плата, що змушує лікарів і медичних сестер залишати державну медицину, а іноді і взагалі медичну діяльність, або емігрувати.

Попри в цілому незначну заробітну плату лікарів в Україні, протягом останніх років в умовах фінансово-економічної кризи ситуація ще більше загострилася. У порівнянні з іншими видами економічної діяльності заробітна плата в охороні здоров'я залишається однією з найнижчих [2]. За даними Державної служби статистики України в 2008 році середня заробітна плата у сфері охорони здоров'я склала 1177 грн. або 223,3 долара США, у 2013 – 2367 (296,3 \$), у 2014 році – 2441 грн. (227,9 \$), у січні 2015 року – 2330 грн. (182 \$). Хоча якщо розглянути реальний курс долара, який був у січні 2015 року, а не декларовані Національним банком України, то слід відмітити, що реальна заробітна плата у всіх галузях діяльності, у тому числі і охорони здоров'я, знизиться ще приблизно на 25 %.

У зв'язку з цим, ми спостерігаємо ситуацію, коли значна кількість українських лікарів та медичних сестер із метою поліпшення свого матеріального становища все ж таки виїжджають на роботу за кордон. Як правило вони виїжджають до Росії, Білорусії, Чехії.

Вивчення ринку медичної праці в зарубіжних країнах супроводжується складністю моніторингу для визначення основних тенденцій міграційного руху, оскільки майже відсутня достовірна, сучасна та детальна інформація. Для вирішення даної проблеми багато європейських країн-донорів використовують показник кількості наданих сертифікатів GGSs (certificates of good standing), що надають право медичним працівникам працювати за кордоном.

У зарубіжних країнах функціонують медичні асоціації у вигляді закритої профспілки, які зазвичай ведуть переговори з місцевими органами влади, беруть участь у складанні контрактів, де обумовлюються заробітна плата і умови праці лікарів. Доступ до таких асоціацій вимагає наявності медичної освіти, ліцензій (у багатьох країнах їх видають самі асоціації), необхідність складання тестових іспитів для емігрантів [1].

Слід зазначити, що трудова еміграція має як позитивні так і негативні

наслідки. Так, позитивними наслідками зовнішньої трудової міграції медичних працівників для України є здобуття медиками зарубіжної освіти, переймання досвіду, традицій і стандартів іншої системи охорони здоров'я, які вони можуть використовувати після повернення на батьківщину.

До негативних наслідків зовнішньої трудової міграції медичних працівників для України відносяться: втрата висококваліфікованих та досвідчених працівників, зниження якості медичних послуг та загального рівня стану здоров'я населення, обмеження вибору для пацієнтів, збільшення витрат на освіту та підвищення кваліфікації працюючих. Інколи втрата таких працівників може бути не відчутною на рівні держави, однак важливою для деяких районів чи медичних закладів.

З огляду на це, основними напрямками вдосконалення державної політики зайнятості медиків у сьогоdnішніх соціально-економічних та політичних умовах розвитку України, на наш погляд є реформування системи охорони здоров'я, пов'язане із створенням належних умов праці та відповідної високооплачуваної заробітної плати, підвищенням престижу даної професії, підвищення якості медичної освіти. Також постійно потрібно здійснювати моніторинг міграційних потоків медичних працівників.

Список використаних джерел

1. Камінська Т. М. Тенденції та наслідки міграції медичних працівників на Європейському просторі [Текст] / Т. М. Камінська // Вісн. Нац. юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого. Сер.: Економічна теорія та право. – 2012. – № 2 (9). – С. 41–50.
2. Офіційний сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/>

Р.О.Моїсєєнко,
Національна Медична Академія
післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
Завідувач кафедри дитячої неврології та
медико-соціальної реабілітації

СТАН КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПЕДІАТРИЧНИХ ТА РОДОПОМІЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Однією з важливих складових реформування охорони здоров'я є кадрове забезпечення. Незважаючи на системну роботу щодо підняття престижу праці медичних працівників, збільшення заробітної плати, ситуація з кадровими ре-сурсами у охороні здоров'я залишається складною.

Основними проблемами кадрового забезпечення галузі є:

- кадровий дефіцит медичних працівників;
- регіональні диспропорції: у західних областях спостерігається надлишок медичних працівників, а у південно-східному регіоні країни їх нестача;
- диспропорції у розміщенні лікарських кадрів між містами та сільською місцевістю;
- дисбаланс між фахівцями первинної ланки (педіатри, сімейні лікарі, тера-певти) та «вузькими спеціалістами»;
- недостатня соціальна захищеність медичних працівників;
- некерована міграція медичних працівників з України.

На сьогодні забезпеченість лікарями в Україні становить 43,1 на 10 тисяч населення (з урахуванням науково-педагогічних та наукових працівників, сані-тарних лікарів, організаторів охорони здоров'я та стоматологів). Поряд з цим, за-безпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, становить лише 27,1 на 10 тис. населення, що відповідає показникам США (27,0) та перевищує показники Великобританії (21,0) та Польщі, проте поступається показникам більшості країн ЄС та Росії.

Дефіцит лікарів в цілому складає 47 тисяч осіб. Відповідно до даних Державного реєстру медичних кадрів кількість осіб пенсійного віку у сфері охорони здоров'я збільшилась з 22,5 % у 2007 році до 25,15 % у

2011 році (у 1,12 разів). На сьогодні у закладах охорони здоров'я працює близько 100 000 медичних працівників пенсійного віку (41,8 тис. лікарів пенсійного віку та 57,7 тис. молодших медичних працівників з медичною освітою). Вказаний чинник разом з процесами депопуляції та поступовим збільшенням обсягів прийому за державним замовленням лікарів-лікувальників та лікарів-педіатрів (від 3 317 осіб у 2009 році до 4 288 у 2012 році) дозволяє втримувати показник забезпеченості практикуючими лікарями в країні.

Тому упродовж останніх років розпочато поступову переорієнтацію підготовки студентів-медиків із збільшенням держзамовлення медичним університетам у пілотних регіонах, де забезпечення лікарями значно гірше у порівнянні із західними областями.

У 2012 році державою працевлаштовані 3 788 лікарів (91 % від загального випуску) і 295 провізорів (7,0 % від загального випуску). Значна частина — 53 % від усього випуску лікарів — забезпечено роботою у сільській місцевості. На посади лікарів загальної практики / сімейних лікарів направлено понад 850 випускників (22,4 % від загального випуску лікарів), що повністю відповідає потребам регіонів та у півтора разу більш ніж у минулі роки.

Укомплектованість посад лікарями зі спеціальності «загальна практика / сімейна медицина» складає 73 %, вакантною є 1781 посада лікарів загальної практики / сімейної медицини (з 2012 р. лікарі загальної практики / сімейні лікарі). Відповідно до засад реформування галузі за останні п'ять років кількість сімейних лікарів збільшилась з 6,8 до 9,1 тис. осіб за рахунок відповідного зменшення кількості дільничних терапевтів та дільничних педіатрів (на 2 400 та 900 осіб відповідно).

У відповідності до тенденцій розвитку сфери охорони здоров'я службою охорони здоров'я жінок і дітей були розроблені науково обґрунтовані нормативи ресурсного забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини. Затверджені відповідними наказами МОЗ України нормативи, на відміну від колишніх, базуються на забезпеченні рівного доступу як сільського, так і міського населення до медичних послуг. Розширено перелік спеціальностей і посад спеціалістів педіатричного профілю, зрівняно нормативи забезпеченості дільничними лікарями-педіатрами та лікарями-акушерами-гінекологами населення міських поселень і сільських місцевостей. Розроблено нормативно-правові засади регіоналізації перинатальної допомоги, впроваджена державна система підготовки, перепідготовки та атестації акушерів-гінекологів та спеціалістів педіатричного профілю, розширена

підготовка їх в інтернатурі.

В ході дослідження встановлено, що при зменшенні кількості жіночого і дитячого населення в Україні, кількість лікарів акушерів-гінекологів майже не змінилася — 12,42 тис. у 2000 р. і 12,29 тис. у 2011 р., а забезпеченість ними залишилася на рівні 2,5–2,7 на 10 тис. населення. Регіональна різниця забезпеченості населення лікарями акушерами-гінекологами становить 1,86 разу.

За цей самий період загальна кількість лікарів-педіатрів зменшилася з 16,9 тис. у 2000 р. до 12,15 у 2011 р. (у 1,39 разу), а забезпеченість ними з 1,9 до 1,52 на 1000 дитячого населення (у 1,24 разу). Регіональна різниця забезпеченості лікарями-педіатрами становить 3,57 разу.

Амбулаторно-поліклінічна допомога дитячому населенню здійснюється за дільничним принципом, якість і доступність медичної допомоги на цьому етапі можлива лише при достатньому забезпеченні дитячого населення дільничними педіатрами та лікарями загальної практики / сімейними лікарями. Переорієнтація сфери охорони здоров'я на загальну практику / сімейну медицину зумовила зменшення кількості дільничних лікарів-педіатрів з 8,3 тис. у 2000 р. до 4,8 тис. у 2011 р. а забезпеченості ними — з 10,4 на 10 000 дітей до 9,3 при нормативі 12,5. На 01.01.2015 року кількість педіатрів на міських дільницях становить лише 3 684 особи.

Результати дослідження показали, що до 2007 р. зменшення чисельності педіатрів супроводжувалося зростанням кількості спеціалістів педіатричного профілю, а упродовж останніх років кількість «вузьких» спеціалістів зменшилася з 12 553 у 2007 р. до 10 438 у 2011 р.

Так, станом на 01.01.2012 р. у закладах охорони здоров'я працювало 12 153 лікарів-педіатра. Дефіцит дитячих лікарів (фізичних осіб) становить 3 523 особи, відсоток укомплектованості — 75 %, на посадах лікарів-педіатрів працюють 3 550 осіб пенсійного віку, що становить 34 % (з них 1219 у віці 65–70 років). Кількість лікарів-педіатрів передпенсійного віку становить 1623 особи. Вакантними залишилися 1035 посад лікарів-педіатрів, а також 1435 посад лікарів-терапевтів, 503 посади лікарів-хірургів, 554 посади лікарів-акушерів-гінекологів, 421 посада лікарів-фтизіатрів, 1781 посада лікарів загальної практики / сімейної медицини, 723 посади лікарів-лаборантів. На сьогодні за даними Центру медичної статистики МОЗ України на 01.01.2015 року в Україні без даних в АР Крим та м. Севастополі працюють лише 9 369 лікарів-педіатрів. Тобто дефіцит педіатрів продовжує наростати.

Основними причинами кадрового дефіциту залишаються низька заробітна плата, природний рух населення (5 %), зниження престижу професії, зміна професії, вихід на пенсію.

Державне замовлення на підготовку лікарів-педіатрів у 2012 році у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України становить 788 осіб. Збереження вказаних обсягів підготовки пов'язано із значним дефіцитом лікарів-педіатрів. Державне замовлення на підготовку дитячих лікарів також враховує майбутню потребу у дитячих лікарях, які з 2020 року будуть працювати лікарями-консультантами на II рівні надання медичної допомоги у консультативно-діагностичних центрах та дитячих обласних та міських, районних лікарях, пологових будинках, перинатальних центрів тощо.

Дитячі лікарі навчаються на медичних факультетах за спеціальністю «педіатрія» у 13 вищих медичних навчальних закладах МОЗ IV рівня акредитації за окремим навчальним планом. Після закінчення шестирічного додипломного навчання та дворічної інтернатури по спеціальності «педіатрія», «неонатологія» та «дитяча хірургія» лікарі-педіатри направляються на роботу до закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу дитячому населенню, консультацій, пологових будинків та перинатальних центрів. При потребі галузі лікарі-педіатри можуть також направлятись на курси по спеціалізації педіатричного профілю (дитяча пульмонологія, гастроентерологія, кардіоревматологія, урологія тощо). Згідно із чинним законодавством дитячі лікарі-педіатри можуть також працювати на посадах лікарів за лікувальними спеціальностями, в тому числі «загальна практика / сімейна медицина» після відповідної перепідготовки.

Таким чином, кадровий дефіцит, який на даному етапі склався в Україні, відповідає тенденціям, що спостерігаються у всіх країнах світу і викликаний зростаючою соціальною мобільністю медиків, рівнем заробітної платні, що не задовольняє спеціалістів, відсутністю достатнього обсягу програм соціального захисту медпрацівників. Педіатричні спеціальності сьогодні входять до групи високого кадрового дефіциту. Лікарі-акушери-гінекологи відсутні в окремих малопотужних районних лікарях.

Список використаних джерел

1. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / [редкол. : Р. В. Богатирьова (голов. ред.) та ін.]. – К., 2012.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік / [редкол. : Р. В. Богатирьова (голов. ред.) та ін.]. – К., 2012.
3. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік / [редкол. : О. В. Аніщенко (голов. ред.) та ін.]. – К., 2011.

С.О.Москаленко,

доцент кафедри управління національним господарством та економічної політики НАДУ

АКТУАЛЬНІСТЬ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИХ КАДРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, КОМПЕТЕНТНИХ У ПИТАННЯХ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ

Проблема удосконалення підготовки управлінських кадрів для вітчизняної сфери охорони здоров'я зумовлена низкою викликів, які постали перед людиною, суспільством та державою на сучасному етапі розвитку, що характеризується дефіцитом фінансових ресурсів, зниженням якості медичної допомоги, незадовільним матеріально-технічним станом та зростанням масштабів “тіньового” сектора. Нинішні реалії вимагають формування нової сучасної концепції функціонування системи охорони здоров'я, наукового обґрунтування й удосконалення державного управління в системі підготовки та прийняття управлінських рішень щодо перебудови галузі відповідно до суспільних потреб та врахування кращих зразків закордонного досвіду.

Фахівці цілком обґрунтовано зазначають, що роль керівника у сфері охорони здоров'я є чи не найскладнішою серед адміністративних посад [1, с. 25]. Керівники сфери охорони здоров'я планують, спрямовують, координують, а також здійснюють контроль за наданням послуг з охорони здоров'я. Певна річ, виконання цієї ролі ставатиме ще складнішим у міру того, як керівники будуть намагатись працювати з об'єднаними мережами, за умов обмежених ресурсів та при зростанні значення новітніх технологій збереження здоров'я. Це вимагатиме нових знань, навичок та вмінь.

На нашу думку, виконання ролі керівника в системі охорони здоров'я потребує передусім високого рівня компетентності у питаннях фінансового забезпечення галузі. Це, зокрема, вимагає від фахівця вміння співставляти вартість та якість надаваних послуг. Окремі споживачі, платники та урядові структури будуть наполягати, щоб надавався весь спектр послуг з охорони здоров'я, незважаючи на

різноманітні обмеження, викликані скороченням бюджетних асигнувань. Тому управлінці все частіше будуть змушені проявляти свій хист розпоряджатись наявними ресурсами при обмеженому бюджеті, пошуку та розміщення ресурсів, керувати в умовах фінансової скрути.

Забезпечення та підвищення якості послуг з охорони здоров'я у недалекому майбутньому буде чи не основним завданням управління. Покупці послуг постійно вимагатимуть від постачальників медичних послуг відповідальності за надані їм інвестиції. Це має бути виражено у показниках, які характеризують результати покращення здоров'я громадян. Щоб задовольнити такі вимоги, керівники повинні мати навички у проведенні статистичного аналізу результатів та його використанні.

Системних знань у сфері фінансів вимагає також діяльність щодо:

- впровадження системи моніторингу, що оцінювала б ефективність державних видатків з точки зору якісних наслідків для здоров'я суспільства;
- сприяння розвитку соціального партнерства між державою та представниками приватної медицини шляхом залучення їх до соціальних програм (побудови та фінансування хоспісів, фінансування протитуберкульозних програм тощо);
- розвитку добровільного медичного страхування, лікарняних кас, ширшого використання ресурсів приватних медичних закладів;
- запровадження на державному рівні системи фіксування цін на низку найбільш соціально важливих лікарських засобів з одночасним введенням державного замовлення на їх виробництво;
- запровадження механізмів інноваційного фінансування системи охорони здоров'я, зокрема введення механізму цільового використання акцизних зборів на шкідливі для здоров'я продукти (алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру тощо) на потреби охорони здоров'я;
- запровадження механізму фінансування страховими компаніями профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризиків захворюваності, підвищення рівня здоров'я населення і тим самим – скорочення кількості страхових випадків.

Як бачимо, при підготовці керівних кадрів системи охорони здоров'я обов'язково має враховуватися необхідність набуття майбутніми керівниками знань та вмінь у сфері фінансів. Це обумовлено як

потребами практичної реалізації забезпечувальної дії фінансування шляхом визначення і співставлення кількості та складу джерел надходження коштів й їх впливу на результативність медичної діяльності, так і актуальністю посилення регулятивної дії фінансового забезпечення охорони здоров'я через визначення й співставлення обсягів коштів, що надходять при багатоканальному фінансуванні галузі, та їх впливу на ефективність діяльності медичних закладів.

Список використаних джерел

1. Радиш Я. Перспективи розвитку державного управління охороною здоров'я в Україні / Ярослав Радиш // Науково-інформаційний вісник з державного управління. – 2013. – №4. – С. 22 – 26.

І.В.Найда,

к.мед.н.

HR-директор Корпорації «Юрія-Фарм»,
помічник-консультант народного депутата України

Н.В. Бовтрук,

HR-спеціаліст Корпорації «Юрія-Фарм»

ЦІННІСНО-ЦІЛЬОВИЙ ТА КОМПЕТЕНТНІСНИЙ ПІДХОДИ У ПІДГОТОВЦІ КЕРІВНИХ КАДРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ, МЕНЕДЖЕРІВ, ЛІДЕРІВ): СПІЛЬНІ РИСИ ТА ВІДМІННОСТІ

Успішна модернізація системи охорони здоров'я України неможлива без забезпечення двох найважливіших умов. І ці умови не є унікальними для сфери охорони здоров'я чи конкретної ситуації в країні. Вони вдало використовуються як комерційними так і державними організаціями в Західній Європі, США і Україні.

Перша умова – каскадування цілей на усі рівні управління сферою охорони здоров'я, починаючи з розроблення Місії, Концепції та Мегацїлі і закінчуючи формуванням цілей кожного співробітника.

Друга умова полягає у підборі, підготовці і розвитку керівників усіх рівнів, особливо вищої керівної ланки державної служби, спроможних до запровадження і здійснення змін.

Ціннісно-цільовий та компетентнісний підходи – це ті інструменти сучасного менеджменту, які дозволяють реалізувати обидві умови.

Ціннісно-цільове начало – основа, базис на якому повинна бути побудована сучасна система охорони здоров'я в Україні. Обумовлено це, перш за все, тим, що успіх будь-якої організації є не що інше, як реалізована мета (ціль) її діяльності. Визначення мети – першооснова функціонування усієї системи управління. Тобто ціннісно-цільовий підхід, як система методів та методичних прийомів, що забезпечують

постійну орієнтацію управлінської діяльності, дозволяє ретельно розглянути складну ієрархію цілей, визначити їх головну мету та цілі, що «працюють» на досягнення результату, тобто забезпечити керованість процесом розроблення та досягнення цілей в будь-якій сфері діяльності та організаціях.

Мета (ціль) організації – це конкретний образ бажаного (очікуваного) результату, якого організація може реально сягнути в певний чітко вимірний проміжок часу.

Найкращим чином вона знаходить своє відображення в **Концепції, як системі поглядів на те чи інше явище, уявне Бачення майбутнього.**

Стратегія організації – базові орієнтири руху, спосіб досягнення Метацілі та цілей. Тобто це **дорожня карта (шлях), по якому маємо пройти, щоб наше уявне Бачення, окреслене в цілях, стало реальністю.**

Коли ж мова йде про людей, які здатні реалізувати усі вище наведені елементи управління, часто виникають суперечливі думки. Хто ж все-таки ці керівники:

- Лідери, здатні запалити і надихнути на досягнення цілей вже зневірених фахівців сфери охорони здоров'я.

- Професійні адміністратори, які володіють передовими інструментами менеджменту.

- Чи керівники, які мають багатий досвід державної служби?

Дискусія щодо лідерства й менеджменту та його співвідношення в управлінні організацією ведеться вже не один десяток років. Відповідь однозначна: **лідерство і менеджмент — це дві різні, і в той же час взаємодоповнюючі системи дій.**

Відомий вислів Уоренна Бенніса, американського психолога, провідного фахівця з питань лідерства, підтверджує це: «Менеджери роблять речі правильно, лідери роблять правильні речі». Чим більш глибокі зміни передбачає управлінська діяльність у даній сфері, організації, тим активніше керівники повинні заохочувати лідерські якості у своїх підлеглих. Тісно пов'язані між собою лідерство та ідея служіння, оскільки вони ґрунтуються на відданості ідеї та усвідомленні відповідальності за свої дії та колектив, за тих, з ким працюєш і для кого. Тому значення лідерства для державної служби є вирішальним, оскільки ідея служіння громадськості, дотримання державних інтересів має бути визначальним [1, с.15-16].

Менеджери у свою чергу забезпечують функціонування системи, яка дозволяє максимально точно і ефективно виконувати план для досягнення визначеної цілі. Отож, для успіху організації у все більш

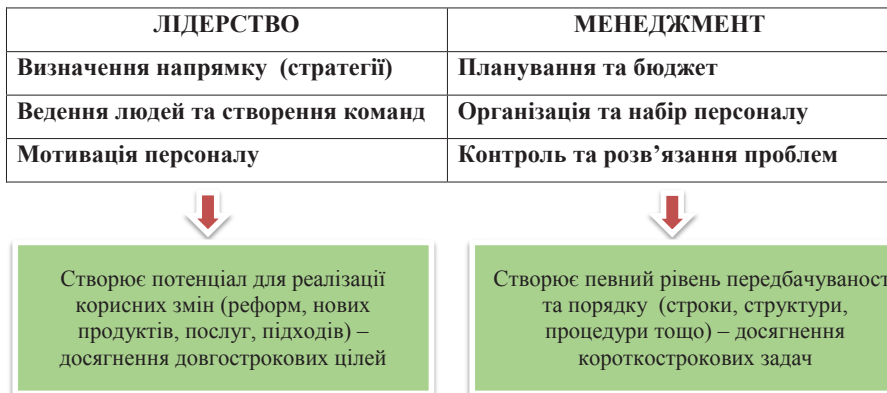


Рис 1. Особливості лідерства і менеджменту [1, с.18]

Виходячи з наведених тез робимо висновок: система охорони здоров'я потребує лідера-менеджера з принциповою державницькою позицією. Здійснити первинний підбір, підготовку та подальший розвиток таких людей допоможе застосування ціннісно-цільового і компетентнісного підходів.

Зазначені підходи у власній діяльності сьогодні використовують усі успішні організації (бізнесу, громадського сектору, держави тощо). Наше завдання полягає у тому, щоб ціннісно-цільовий і компетентнісний підходи реально запрацювали у роботі органів влади, медичних закладів, освітянських та наукових установ й усіх суб'єктів.

У компетентнісному підході управління персоналом використовують два важливі визначення: КОМПЕТЕНЦІЯ і КОМПЕТЕНТНІСТЬ.

Компетенція – здатність, що відображає необхідні стандарти поведінки. Це описані вимоги до особистих, професійних та інших якостей співробітника, які необхідні для виконання певного виду діяльності [2, с.2].

Компетентність – доведена спроможність застосовувати знання, уміння, навички, визначені компетенціями [2, с.3]. Тобто компетентність – високу, стандартну чи низьку – визначають рівнем володіння тієї чи іншої компетенції.

Нижче наведено Модель компетенцій державного службовця України (табл. 1), яка складається з 9 компетенцій, згрупованих у «кластери» (компетенції, що належать до однієї групи якостей).

Таблиця 1

Модель компетенцій державного службовця України

ОСОБИСТІТЬ	<p>ПОРЯДНІСТЬ Керується у повсякденному житті ustalеними етичними нормами (чесність, моральні правила суспільної та професійної спільнот). Дієво формує повагу та довіру до себе. Виконує свої обов'язки і зобов'язання</p> <p>САМОРОЗВИТОК Прагне до нових знань та досвіду. Здійснює послідовні кроки з реалізації власного життєвого шляху Формує умови й обставини для розвитку, враховуючи державні інтереси</p> <p>ЦІЛЕСПРЯМОВАНІСТЬ Вміє визначати цілі та механізми їх досягнення. Вірить у власні сили та можливості. Вміє досягати результату</p>
КОРПОРАТИВНІСТЬ	<p>ПРОФЕСІОНАЛІЗМ Володіє фаховими знаннями та навичками відповідно до займаної посади і сфери діяльності. Глибоко розуміє та аналізує вузькопрофільні питання. Вміє ефективно управляти фаховими процесами.</p> <p>КОМУНІКАТИВНІСТЬ Здатен ефективно налагоджувати та підтримувати ефективні взаємовідносини. Вміє аргументовано формулювати та доносити свою позицію. Вміє чути і розуміти інших людей та гармонійно вирішувати питання в державних інтересах.</p> <p>ЗАЛУЧЕНІСТЬ Вважає своїм обов'язком зробити власний внесок у процвітання держави та галузі. Небайдуже ставиться до поставлених цілей і завдань. Виступає ініціатором конструктивних дій.</p>
ДЕРЖАВНІСТЬ	<p>ПАТРІОТИЗМ Самоідентифікує себе з українською політичною нацією. Свідомо співвідносить особистісні, корпоративні та державні інтереси. Знає та пишається досягненнями культури і традиціями України.</p> <p>ПРИНЦИПОВІСТЬ Послідовно дотримується та обстоює певні державні принципи. Стабільний у своїх моральних і політичних принципах. Схильний відмовитись від власних інтересів заради державних</p> <p>ДЕРЖАВНИЦТВО Дотримується принципів верховенства права. Усвідомлює та поважає розмаїття політичних, етнічних, соціальних і культурних спільнот в Україні. Виконує чинні закони та законодавчі акти України</p>

Як бачимо дана модель містить якості, які притаманні одночасно лідеру, менеджеру і державному службовцю.

Компетентнісний підхід свідчить про те, що ми можемо напрацьовувати компетенції (якості), необхідні будь-якому керівникові

й спеціалісту, для того, щоб здійснювати підбір, оцінювання діяльності й оптимізувати видатки на розвиток з метою якісного виконання професійних обов'язків і досягнення визначених цілей.

Гармонійно поєднуючи ціннісно-цільовий і компетентнісний підходи у підготовці керівників системи охорони здоров'я, маємо вийти на ефект синергії (ефект цілісності), щоб пройти шлях передових країн світу за значно коротший термін!

Список використаних джерел

1. Розвиток лідерства / Л. Бізо, І. Ібрагімова, О. Кікоть, Є. Барань, Т. Федорів; за заг. ред. І. Ібрагімової. — К. : Проект «Реформа управління персоналом на державній службі в Україні», 2012. — 400 с.
2. Холліфорд С., Уіддет С. Керівництво по компетенціям/ С. Холліфорд, С. Уіддет, Нірро, 2003.- 228 с.

Т.М.Носуліч,
кандидат економічних наук,
старший науковий співробітник,
докторант ДУ «Інститут економіки
природокористування
та сталого розвитку НАН України»

КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Здоров'я людини значною мірою формується, зберігається, примножується або втрачається упродовж усього життя залежно від умов існування та поведінки індивідууму. Нині доступність та якість медичного обслуговування на сільських територіях, як один із вагомих чинників стану здоров'я, є недостатніми. Це пов'язано з низьким рівнем доходів сільських жителів (2013 р. понад 23% домогосподарств заявили про недостатність коштів для оплати необхідних послуг лікаря, ліків і медичного приладдя, 25% — для лікування в стаціонарі), критичним станом інфраструктури системи охорони здоров'я, технологічної оснащеності медичних закладів, їхнього кадрового забезпечення, неефективністю форм організації обслуговування. Пріоритетними завданнями в цьому напрямі є розвиток кадрового потенціалу сільської медицини, мережі закладів первинної медичної допомоги, пунктів постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, підвищення якості медичних послуг.

Показник захворюваності сільського населення в 1,3–1,4 разу нижчий, ніж міського. Однак це свідчить не про краще здоров'я селян, а про специфіку їхніх звернень за медичною допомогою, рівень яких становить 50% при обґрунтованій потребі 80%, у зв'язку з відсутністю необхідних фінансів, значною територіальною віддаленістю медичних закладів від місця проживання пацієнтів, відсутністю медичного персоналу відповідної кваліфікації, нестачею якісних доріг та автомобілів швидкої медичної допомоги.

Загалом, протягом останнього десятиріччя чисельність лікарів, що обслуговують кожні 10 тис. сільського населення, зменшилась на 1,4%, середнього медичного персоналу — на 5,5%. Кількість введених штатних посад лікарів первинної ланки часто є нижчою за нормативну, а рівень їх укомплектованості, за даними МОЗ, становить лише 80%. Чисельність прикріпленого сільського населення до закладів ПМСД ЗП/СМ становила 12,3 млн осіб, тоді як штатних посад лікарів на селі — 7,1 тис., тобто навантаження на одного лікаря сягає 1 721 особу, що істотно перевищує норматив (1 200 дорослих і дітей). Це призводить до зростання потреби населення у більш дорогій вторинній та екстреній медичній допомозі.

Через відсутність належного забезпечення медичним обладнанням, виробами та інвентарем медичного призначення, які необхідні для надання первинної медичної допомоги, аварійним станом будівель тощо, лікарі відмовляються від роботи у сільській місцевості.

Не менш важливим фактором розвитку кадрового потенціалу сільської медицини є територіальна доступність до лікарняних закладів. Так, середній радіус доступності до лікарняних закладів сільської місцевості в нашій країні становить 26,8 км, АПЗ — 8,0, ФАП — 4,1, станцій та відділень швидкої медичної допомоги — 39,2, закладів ПМСД ЗП/СМ — 7,0 км. Існує тісний зв'язок між обсягами надання медичної допомоги та віддаленістю закладів від споживачів їхніх послуг: розташування медичного закладу на відстані 5 км від населеного пункту знижує частоту звернень пацієнта на 40%, понад 10 км — утричі. За умов такої віддаленості, виникає проблема залучення медичних працівників до роботи у сільській місцевості, адже складність подолання ними таких відстаней без належного технічного забезпечення (наявність хоча б велосипеда) є об'єктивною.

З огляду на все вищевикладене основними шляхами покращення ситуації, що склалась із медичними кадрами на селі можуть бути:

здійснення деталізованого (загальна кількість, кількість вузьких спеціалістів, укомплектованість, забезпеченість (загальна і по окремих спеціальностях) аналізу стану кадрового забезпечення та визначення реальної й перспективної потреби у спеціалістах з урахуванням демографічних прогнозів і територіальної специфіки захворюваності населення;

забезпечення підготовки та перепідготовки лікарів загальної

практики/сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою за цільовим направленням для сільської місцевості, враховуючи потребу кожного окремого регіону, особливо того, який має відповідні навчальні заклади;

розробка механізмів підвищення ролі середнього медичного персоналу системи охорони здоров'я сільської місцевості, передавши йому ряд функцій, що не виходять за межі його компетенції, зокрема, надання швидкої допомоги фельдшерськими бригадами, виділення самостійних розділів роботи для працівників ФАПів;

передбачення в місцевих бюджетах коштів на цільове фінансування надбавок до заробітної плати за ненормований та напружений робочий графік медичних працівників у сільській місцевості;

створення фонду службового житла: слід передбачити відповідні кошти для побудови або виділення такого житла в місцевих бюджетах, або забезпечити можливість отримання довгострокового кредиту під 1–2% на придбання житла для медичних працівників, особливо первинної ланки в районах, де гостро стоїть питання забезпеченістю кадрами;

розробка та впровадження механізмів мотивації медичного персоналу до підвищення якості медичної допомоги, зокрема, широке запровадження індикаторів якості, процедури анонімного анкетування споживачів послуг з охорони здоров'я для визначення ступеня задоволеності місцевої громади рівнем кваліфікації медичних працівників (приміром, розробка проекту журналу відгуків в який пацієнт зміг би виставляти бальну оцінку лікарю за якість проведеного ним прийому, і в кінці місяця, або кварталу вона (оцінка) буде враховуватись при начисленні премії) та низка інших.

О.М.Обозна,
аспірант кафедри управління
охороною суспільного здоров'я
Національної академії державного
управління при Президентові України

ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ У СФЕРІ РЕКРЕАЦІЇ ТА ОЗДОРОВЧОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ

Розвиток сфери фізичної культури значною мірою визначається діяльністю висококваліфікованих фахівців. Результати численних досліджень свідчать, що „... з усіх факторів, котрі можуть вплинути на залучення людини до рухової активності, а також зробити ці заняття невід'ємним компонентом її життя, найважливішим, цілком імовірно, є фігура спеціаліста – професіонала в галузі фізичної культури” [2].

Разом з тим, у розрахунках поточної і перспективної потреби у фахівцях іноді ще допускаються помилки, які призводять до зайвих матеріальних витрат на їх підготовку, а також до небажаних соціальних і моральних наслідків.

Аналіз системи управління фізичною культурою показує, що державним органам освіти, фізичної культури і спорту доцільно володіти і використовувати методика визначення потреби в кадрах. Створена на її основі цільова програма потреби у фахівцях фізичної культури, у якій враховані перспективні показники потреби фахівців фізичного виховання, дозволить ефективно враховувати наявні недоліки у всіх структурах системи освіти.

Для ситуації, що склалася із кадровим забезпеченням сфери фізичної культури, є характерним перехідний період від колишнього планового механізму кадрової політики до елементів ринкового механізму управління трудовими ресурсами. Цей проміжний нестійкий стан не дозволяє застосувати адекватний методичний апарат для аналізу ситуації та визначення шляхів удосконалення кадрового забезпечення сфери фізичної культури та спорту.

За рівнем забезпеченості кадрами базового рівня (тренери, інструктори, вчителі та викладачі фізичного виховання) Україна більше як у два рази поступається провідним країнам [4].

Аналіз значущості показує зростаючу соціальну потребу в організації і проведенні масової фізкультурно-оздоровчої роботи з різними верствами населення кваліфікованими фахівцями, які володіють значним обсягом знань з різних аспектів медицини, психології, гігієни, теорії та методики фізичної культури, широким арсеналом організаторських і управлінських навичок.

Важливим чинником також є запровадження системи кадрового забезпечення у сфері рекреації та оздоровчої фізкультури. Аналізуючи кількісний склад працівників сфери оздоровчої фізичної культури, необхідно враховувати різке зростання кількості фахівців, зайнятих у недержавному секторі – комерційних фітнес-центрах, спортивних клубах різної організаційно-правової форми, а також у приватних дитячих дошкільних закладах, ліцеях, коледжах, ВУЗах та інших недержавних освітніх закладах [3, с.66].

Сучасні фітнес-компанії проводять підготовку спеціалістів з фітнесу, яка орієнтована на отримання прибутку, а не на виховання висококваліфікованих кадрів. Процес навчання не сприяє отриманню достатньо глибоких всебічних знань, а лише забезпечує ефективне виконання конкретних функціональних обов'язків робітниками фітнес-клубів.

Сьогодні ринок робітничих місць для фахівців з оздоровчої фізичної культури подано досить широко. Основні об'єкти професійної діяльності фахівців з оздоровчої фізичної культури зосереджено в різних галузях.

У зарубіжних країнах (США, Великобританія, Канада та ін.) сформувалася своя досить струнка система сертифікації фізкультурних кадрів, що тісно пов'язана з технологією оздоровчої роботи [1, с.65]. Ця технологія строго конкретизована за видами діяльності (організаторська, управлінська, консультативно-методична, викладацька та ін.) і відповідає змісту професії того чи іншого спеціаліста, відповідального за здійснення конкретних функцій.

Система підготовки спеціалістів з рекреації та оздоровчої фізичної культури має бути спрямована на тісний взаємозв'язок з технологією оздоровчого процесу, широкий вибір освітніх програм, диференціацію підготовки, що охоплює різні профілі фітнес-професій (управлінський,

організаційний, педагогічний, методичний, науково-дослідний, медико-біологічний) та орієнтацію на державні нормативні вимоги щодо надання фітнес-послуг (вимоги до методики тестування, місць проведення занять і т. ін.).

Аналіз досліджень з проблем визначення потреб у кадрах в сфері фізичної культури, вивчення досвіду роботи в цьому напрямі у Росії, Білорусі та ін. [3, с.72-74] дозволяє відмітити ряд положень:

1. Визначення потреб у кадрах у зв'язку з соціально-економічними змінами у суспільстві переходить із розряду статистичних, організаційно-технічних питань до наукових проблем соціологічного, економічного, нормативно-правового характеру і потребує як методологічного обґрунтування, так і організаційного методичного вивчення.

2. Визначення потреби у кадрах повинно бути строго орієнтованим на сучасну демографічну ситуацію, що склалася у країні, з урахуванням популяції та міграції населення.

3. Принципово важливою при визначенні потреби у кадрах є систематизація закладів, де розміщуються робочі місця для основної маси спеціалістів з фізичного виховання і спорту.

Список використаних джерел

1. Гуськов С.И. Менеджмент и маркетинг спортивных и физкультурно-оздоровительных услуг: Практические рекомендации из зарубежного опыта. - М, ВНИИФК, 1994. – С.65.
2. Fitness Group Instructor Manual: American Council of Exercise - 2000. - р.364
3. Левицький В. Стан і шляхи удосконалення кадрового забезпечення сфери оздоровчої фізичної культури // Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2002. - № 1. - С. 65—74.

О.М. Проніна,

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри МНС з оперативною хірургією
та топографічною анатомією Вищого державного
навчального закладу України «Українська медична
стоматологічна академія» (м. Полтава)

С.М. Совгіря,

кандидат медичних наук,
викладач кафедри МНС з оперативною хірургією
та топографічною анатомією Вищого державного
навчального закладу України «Українська медична
стоматологічна академія» (м. Полтава)

С.І. Данильченко,

кандидат медичних наук,
доцент кафедри МНС з оперативною хірургією
та топографічною анатомією Вищого державного
навчального закладу України «Українська медична
стоматологічна академія» (м. Полтава)

М.М. Коптев,

кандидат медичних наук,
викладач кафедри МНС з оперативною хірургією
та топографічною анатомією Вищого державного
навчального закладу України «Українська медична
стоматологічна академія» (м. Полтава)

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ООНВЛЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ ДОДІПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ

Стан здоров'я населення є одним з базисних критеріїв розвитку держави, адже його високий рівень виступає обов'язковою передумовою для стійкого економічного і соціального зростання країни, покращення науково-технічного та інтелектуального потенціалу нації.

В цих умовах вища медична освіта виступає необхідним важелем

соціального розвитку, формує доктрину життєздатності суспільства та підтримує його через якісну підготовку кадрів системи охорони здоров'я. Якісний рівень медичних працівників залежить не тільки від їх теоретичної і практичної підготовки, а й від наявності високих моральних принципів, що ґрунтуються на етичних і деонтологічних аспектах виховання майбутніх лікарів [2].

З 2011 року в Україні відбувається випуск лікарів, які навчались за новим навчальним планом підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» за спеціальностями «Лікувальна справа» та «Педіатрія», побудованим за Європейською кредитно-трансферною системою (ECTS) організації навчального процесу (затверджений та введений наказом МОЗ України від 31.01.2005 №52).

Як зазначено в пояснювальній записці до вказаного навчального плану, тижневе аудиторне навантаження студента становить в середньому 25–28 годин, обсяг самостійної роботи складає, в середньому, 40 % від загального, що відповідає вимогам Болонського процесу [3]. Це, у свою чергу, викликало дуже багато нарікань викладачів, перш за все, клінічних кафедр і є однією з причин того, що принципи Болонської декларації впроваджуються у вищу медичну освіту з великими труднощами.

Разом з тим, у доопрацьованому навчальному плані підготовки лікарів, затвердженому наказом МОЗ України від 23.07.2007 №414, було суттєво збільшено кількість навчальних годин для викладання дисциплін циклу професійної підготовки, перш за все клінічних, а також збільшено частку аудиторних годин для вивчення найважливіших для професійного становлення лікаря дисциплін.

Окрім того, Міністерством охорони здоров'я на виконання наказів МОН України від 09.07.2009 №642 “Про організацію вивчення гуманітарних дисциплін за вільним вибором студента” та від 29.03.2010 № 259 “Про внесення змін до наказів МОН від 09.07.2009 №642 та від 21.12.2009 № 1150” було повторно внесено зміни до навчального плану дипломної підготовки лікарів, затвердженого наказом МОЗ України від 23.07.2007 № 414. Часта потреба внесення змін до навчальних планів призвела до необхідності вносити корективи і до затверджених МОЗ України типових програм з дисциплін. Разом з тим, Міністерством охорони здоров'я України, за пропозицією фахівців робочої групи МОЗ України по запровадженню положень Болонської декларації у навчальний процес вищих медичних навчальних закладів (затверджена наказом МОЗ України від 04.12.2008 №721), в оновлених навчальних планах знову було додатково збільшено кількість аудиторних годин для вивчення клінічних дисциплін [1].

Згідно з діючими навчальними планами підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар” у вищих медичних навчальних закладах III-IV рівня акредитації за спеціальностями “Лікувальна справа” та “Педіатрія”, затвердженими наказами МОЗ України від 19.10.2009 № 749 та від 08.07.2010 № 539, для самостійної роботи студентів з опанування клінічних дисциплін передбачено приблизно 30 % навчальних годин.

Вищеназвані зміни до навчальних планів приводять до необхідності вносити корективи до типових навчальних програм з багатьох опорних дисциплін. У лютому – березні 2011 р. Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти доручено фахівцям опорних кафедр внести зміни до 75 типових навчальних програм, затверджених МОЗ України протягом 2006–2011 рр. При організації викладання клінічних дисциплін, а особливо при впровадженні Наскрізної програми підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”, підготовленої на виконання доручення Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2010 р. №69/158/1/1-10 до доручення Президента України від 19 листопада 2010 р. №1-1/2753 “Щодо реформування системи охорони здоров’я, спрямованого на підвищення якості і доступності медичної допомоги для громадян України” та наказу МОЗ України від 03.12.2010 № 1074 “Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів”, доцільно врахувати частоту звернень до лікарів первинної ланки медико-профілактичної допомоги хворих з тією чи іншою патологією.

Таким чином, при організації додипломної підготовки лікарів необхідно враховувати всі аспекти їх подальшої практичної діяльності в реальних умовах сьогодення.

Список використаних джерел

1. Вітенко І. С. Удосконалення програм з навчальних дисциплін – шлях до поліпшення організації практичної підготовки лікарів / І. С. Вітенко, І. В. Мельник, Б. В. Мельник // Медична освіта. – 2012. – № 3. – С. 10-12.
2. Панорама охорони здоров’я населення / за ред. А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленка. – К. : Здоров’я, 2003. – С. 159.
3. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі. Що таке і чи потрібний він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? / А. В. Підаєв, В. Г. Передерій. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.

В.О.Рогожин,

д.м.н., доцент кафедри радіології НМАПО
ім. П.Л. Шупика МОЗ України

О.П.Шармазанова,

д.м.н., завідувач кафедри променевої
діагностики ХМАПО МОЗ України

Д.С.Мечев,

д.м.н., зав. кафедрою радіології
НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України

Ю.М.Коваленко,

к.т.н., доцент кафедри радіології
НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України

М.О.Бортний,

к.м.н, доцент кафедри променевої
діагностики ХМАПО МОЗ України

ПРОБЛЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ

Події кінця ХХ століття надали серйозний вплив на розвиток медицини та фактично відкрили новий період в історії діагностичної радіології. Були створені і розвиваються нові методи променевої діагностики, рішуче змінюється її технічне оснащення. Поява мультимодальних діагностичних систем, широке впровадження інформаційних технологій докорінним чином змінює всю систему радіологічної візуалізації. Нові променеві технології істотно розширюють можливості медичної діагностики. Стало доступним вивчення тонких анатомічних деталей, в тому числі з отриманням тривимірних зображень, дослідження кровообігу, перфузії та екскреторної функції органів, біохімічних процесів на клітинному і субклітинному рівнях, побудова функціональних і віртуальних моделей органів і патологічних

утворень. Таким чином, на наших очах в медичній радіології формується майбутнє, яке принципово відрізняється від минулого і сьогодення. Система післядипломної підготовки променевої діагностики в Україні має певні серйозні недоліки, так як вона створювалася в іншій соціальній, політичній та економічній обстановці.

Європейськими радіологами створена потужна, високоефективна система професійної освіти. У практиці зарубіжних колег добре поставлена післядипломна освіта з радіології (Fellowship). Після закінчення трирічної резидентури, що дає базову радіологічну освіту і сертифікат фахівця, лікар радіолог ще протягом 2-х років удосконалює свою майстерність, що включає більш вузьку субспеціалізацію в області торакальної або абдомінальної радіології, нейрорадіології, урогенітальної радіології, радіологічного дослідження кістково-м'язової системи, інтервенційної радіології та інших напрямків. В області субспеціалізації концепція Європейської Асоціації радіологів (ЄАР) полягає в тому, щоб усіляко підтримувати спеціалізацію за органічним принципом, а не за технологіями візуалізації.

Керуючись цим принципом, Генеральна Асамблея Європейської асоціації радіологів не приймає в свої ряди асоціації, які засновані на одному методі дослідження, наприклад лікарів ультразвукової діагностики. Фахівцем називається тільки той, хто після закінчення ВНЗ пройде спеціалізацію в певній галузі і отримає крім лікарського диплома сертифікат фахівця (спеціаліста). За європейськими умовами повністю підготовлений радіолог мусить бути здатним до самостійного розв'язання більшості загальних клінічних проблем як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах. Жодна страхова компанія не укладе контракт з лікарем, який не пройшов спеціальну підготовку і не отримав відповідного сертифіката, тому що в правовій державі, де захищені права людини, в тому числі і право на отримання кваліфікованої медичної допомоги, занадто велика відповідальність за наслідки, за шкоду здоров'ю, завдану з причини непрофесійного, некомпетентного підходу медичного працівника. У західних країнах працівник отримує заробітну плату за виконану роботу залежно від її обсягу та складності. Природно, при подібному підході західні фахівці борються не за пільги, а за виконання більшого обсягу роботи.

Таким чином, в Західних країнах створена ефективна система навчання променевої діагностики, що гарантує високу якість підготовки

і подальшого обслуговування пацієнтів. Професіонали високого рангу як України, так і Європи одностайні в тому, що питання освіти в променевої діагностиці пов'язані з визначенням номенклатури спеціальностей, які слід привести у відповідність до прийнятої в Європейських країнах.

Таким чином, замість однієї спеціальності: «променевої діагност і променевої терапевт» слід прийняти дві - «радіолог» («променевої діагност») і «радіаційний онколог» (або «променевої терапевт»). В умовах державної охорони здоров'я цілком виправдана єдина програма післядипломної підготовки. Доцільно збільшити тривалість навчання променевої діагностиці: базова освіта за спеціальністю має бути продовжена хоча б до 2-х років, яку слід проводити весь час на відповідних кафедрах радіологічного профілю академій післядипломної освіти. Субспеціалізацію у вузьких областях радіології слід проводити за органом принципом, а не за методами променевої діагностики.

Усі лікувальні установи, які є навчальними базами (університетськими клініками) необхідно оснастити повним комплектом сучасного радіологічного обладнання (включаючи рентгенівські й ультразвукові апарати загального призначення, рентгенівські комп'ютерні та магнітно-резонансні томографи, обладнання для радіонуклідної діагностики, ангіографічні установки та ін.). Дані пропозиції, на нашу думку, могли б сприяти вдосконаленню післядипломної освіти в радіології.

Список використаних джерел

1. Дэвис Д.А. Непрерывное профессиональное развитие / Дэвис Д.А., Гольдман Дж., Перриер Л., Силвер И.Л. // Медицинское образование и профессиональное развитие. - № 1. – 2010. – С. 41-61.
2. Revised European training curriculum for radiology // European Society of radiology. – 2014. – 126 p. (www.myesr.org)

В.О.Рогожин,

д.м.н., доцент кафедри радіології НМАПО
ім. П.Л. Шупика МОЗ України

О.П.Шармазанова,

д.м.н., завідувач кафедри променевої
діагностики ХМАПО МОЗ України

Ю.М.Коваленко,

к.т.н., доцент кафедри радіології НМАПО
ім. П.Л. Шупика МОЗ України

В.М. Кметюк,

головний позаштатний спеціаліст з
променевої діагностики
Івано-Франківського Департаменту
охорони здоров'я ОДА

ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ РЕНТГЕН- ЛАБОРАНТІВ ДЛЯ ВІДДІЛЕНЬ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ

Бурхливий розвиток технологій радіологічної візуалізації, впровадження в клінічну практику інформаційних технологій докорінним чином змінює вимоги до підготовки рентген-лаборантів, які працюють у відділеннях променевої діагностики. Слід зазначити, що, в значній мірі, саме від їхнього рівня підготовки значною мірою залежить якість та безпека радіологічних досліджень, більшу частину яких виконують саме вони [1,2]. Проте система підготовки цих спеціалістів в Україні відстає від розвитку технологій візуалізації на десятиріччя. Достатньо сказати про те, що терміни спеціалізації рентген-лаборантів визначені у наказах Міністерства охорони здоров'я України, виданих понад 20 років тому [3,4]. Якщо у більшості країнах Європи радіологічні дослідження виконують технологи з базовою бакалаврською технічною освітою [5], то у нас цим займаються медичні сестри, акушерки, фельдшера та студенти після 3-го курсу медичного факультету ВУЗу, які пройшли 3-х місячну спеціалізацію. Випускники медичних електротехнічних

технікумів не потребують додаткової допідготовки. За кордоном на підготовку рентген-технологів витрачається не менше 4500 учбових годин. В нашій країні, навіть за умови, що третину часу навчання рентген-лаборантів у коледжі можна зарахувати до часу їх підготовки за спеціальністю, ця цифра не перевищить і 2000 годин. Відповідно, наші рентген-лаборанти, загальна кількість яких перевищує 12.0 тисяч, значно слабше підготовлені в порівнянні із закордонними колегами, що веде до зниження якості радіологічних досліджень та збільшення опромінення пацієнтів. На протязі 2011-2014 років Асоціація радіологів України провела в 6 областях низку навчальних курсів для рентген-лаборантів, участь у яких взяло близько 500 осіб [1,2]. Перед початком курсів проводилося тестування слухачів за кількома темами, які стосувалися знань нормативних документів, організації роботи кабінетів променевої діагностики, питань забезпечення якості та безпеки радіологічних досліджень та ін. Їх результати показали, що найгірше рентген-лаборанти знають питання роботи з радіологічним обладнанням, особливо з тим, що використовує цифрову технологію візуалізації діагностичних зображень, а також можливості підвищення ефективності діагностичного процесу за рахунок використання інформаційних технологій. Середня кількість вірних відповідей була близько 50% замість необхідних 70%.

Аналіз програм спеціалізації та удосконалення професійних знань рентген-лаборантів показує, що вони не відповідають вимогам часу. Близько 10% всього учбового часу витрачається на вивчення або оновлення знань фотолабораторного процесу, який з кожним роком втрачає свою актуальність. Разом з тим, на вивчення сучасних цифрових та інформаційних технологій у програмах виділяється 2-3% учбового часу. В окремий розділ виділено флюорографію, яка в нашій країні поступово замінюється цифровою скринінговою рентгенографією, а у всіх країнах Європи від неї вже повністю відмовилися. Про сучасні високотехнологічні методи радіологічної візуалізації, такі як комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія, рентген-лаборантам розповідають тільки на поодиноких заняттях.

Все це свідчить про необхідність суттєвих змін в системі підготовки рентген-лаборантів. Доцільно, уявляється, зробити наступне:

- підготувати і затвердити нові програми підготовки рентген-лаборантів;

- значно скоротити кількість годин, відведених на медичну психологію, основи міжособистісного спілкування, інфекційну безпеку та інфекційний контроль і невідкладну медичну допомогу;

- замінити назву розділу «Флюорографія» на «Скринінгові радіологічні дослідження», в рамках якого розповідати не тільки про профілактичне рентгенографічне обстеження органів грудної, а й про профілактичну мамографію та використання інших методів візуалізації для скринінгових досліджень;

- скоротити витрати учбового часу на вивчення та оновлення знань з фотолабораторного процесу та збільшити кількість занять з сучасних методів радіологічної візуалізації та інформаційних технологій;

- виробничу практику проходити на визначених клінічних базах, де використовуються різні методики радіологічної візуалізації, під керівництвом викладачів медичних коледжів;

- залучати до проведення занять з сучасних технологій радіологічної візуалізації викладачів технічних вузів;

- для викладачів, що займаються підготовкою рентген-лаборантів, передбачити періодичне проходження курсів тематичного удосконалення з нових технологій радіологічної візуалізації на базі вищих навчальних закладів післядипломної освіти;

- залишити тримісячний термін спеціалізації для спеціалістів, які працюють в окремих кабінетах, де виконуються тільки рентгенографічні дослідження; для тих, хто працює у відділеннях, де використовуються інші методи радіологічної візуалізації, передбачити стажування на робочому місці в терміни 2-4 тижні на відповідних клінічних базах. Всі ці заходи мають покращити рівень підготовки рентген-лаборантів і, відповідно, якість та безпеку радіологічних досліджень.

Список використаних джерел

1. Kovalenko Yu. N, Balashov S.V. Intermittent courses for x-ray technicians as one of the directions in quality assurance and radiation safety of x-ray examinations//European Workshop on Education and Training in Medical Radiation Protection: Book of Abstracts and Meeting Guide. – Athens/Greece, April 21-23, 2012. – p.40-41
2. Коваленко Ю.Н., Балашов С.В. Обучение рентген-лаборантов как одно из важных составляющих обеспечения качества и радиационной безопасности рентгенологических исследований// Невский радиологический форум 2014: сборник научных трудов/ Под ред. А.Ю.Васильева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2014. – с. 359.
3. Наказ МОЗ України №198 від 7.09.93 «Про підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою».
4. Наказ МОЗ України № 195 від 25 грудня 1992р. «Про затвердження Переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю»
5. 2012.1 EFRS Statement on RADIOGRAPHY EDUCATION IN EUROPE. <http://www.scribd.com/doc/121946928/EFRS-Statement-Radiography-Education-in-Europe-pdf>

І.В.Рожкова,

д.держ.упр., проф.

професор кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ при Президентові України

Д.С.Гайдаш,

аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ при Президентові України

КАДРОВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Сьогодні Україна потребує спеціалістів нової генерації — активних, ініціативних, мислячих, висококваліфікованих професіоналів, які дотримуються засад етичного кодексу, здатні глибоко усвідомити свою національну ідентичність і вміло використовувати європейський та світовий досвід.

Б.Зіменковський Хто нас завтра лікуватиме // Дзеркало тижня. Україна № 11, 23 березня 2012 р.

Проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я мають глобальний характер. Міжнародні експерти вказують, що будь-які, найпередовіші технології й досягнення в сфері медицини, не зможуть позитивно вплинути на здоров'я населення за відсутності належно підготовлених працівників системи охорони здоров'я [1].

Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, експерти ВООЗ визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку. До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я відносять наступні [2]:

- 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;

- 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;

- загальні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я (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).

У контексті досліджуваних проблем варто зазначити, що, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, чисельність лікарів на 10 тис. населення в європейських країнах становить близько 36,0 осіб, в тому числі у Німеччині – 33,7, Франції – 33,5, Швеції – 32,6, Польщі – 22,4 осіб. Аналогічний показник в країнах СНД становить близько 37,2 осіб [3].

Здійснюючи порівняння між країнами, необхідно зазначити, що методологія визначення чисельності необхідних медичних кадрів в Україні та в європейських країнах дещо різна. Основна відмінність полягає в тому, що за європейською методологією обрахунку лікарських кадрів до них зараховують лише осіб, які безпосередньо залучені до лікування хворих, а за вітчизняною методологією до цієї категорії входять особи з вищою медичною освітою, зайняті не лише безпосередньо в лікувальних закладах, але й в науково-дослідних інститутах, у сфері підготовки медичних кадрів, санаторно-курортних закладах та закладах соціального захисту населення тощо [4].

У світі налічується понад 59 млн медико-санітарних працівників. У цілому на 10 тис. населення Землі припадає 14 лікарів та 29 медичних сестер і акушерок. Ці показники неоднорідні та коливаються в широких межах залежно від регіону (таблиця). У світі існує глобальний дефіцит медичних кадрів, для покриття якого потрібно не менше 4,25 млн працівників сфери охорони здоров'я [5].

Забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу, в Україні становить 27,3 на 10 тис. населення. Цей показник нижчий за аналогічний у більшості країн Європейського Союзу (33,3 на 10 тис. населення) та країн СНД.

Таблиця

**Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в країнах Європи,
кількість на 10 тис. населення**

Країна	Лікарі	Медичні сестри та акушерки	Стоматологи	Фармацевти
Країни Європи	33,3	84,2	5,0	6,0
Австрія	48,6	79,7	5,6	6,8
Швейцарія	40,8	174,9	5,6	5,8
Німеччина	36,9	113,8	7,9	9,5
Литва	36,4	70,6	7,3	7,4
Україна	35,2 (27,3*)	64,1	6,7	–
Франція	33,80	93,0	6,4	11,5
Великобританія	27,7	94,7	5,3	6,7
Польща	20,7	54,0	3,2	6,6

*Забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу.

Упродовж останніх років у сфері охорони здоров'я України спостерігається стала кадрова ситуація. За даними Державної служби статистики, в Україні загальна чисельність лікарів (без лікарів-стоматологів) у 2012 р. становила 217 тис., медичних сестер та акушерок – 441 тис. осіб.

Важливим напрямом удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я є підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних та управлінських кадрів.

Основна мета навчання у Європі полягає у підготовці кваліфікованих фахівців у галузі охорони здоров'я, які володітимуть знаннями і навичками для роботи в цій галузі, зокрема, стосовно фундаментальних проблем охорони здоров'я, системи охорони здоров'я і політики в галузі охорони здоров'я у країнах ЄС.

В країнах Європи система підготовки управлінських кадрів подібна до української, хоч має відмінності в тому, що для керівника системи охорони здоров'я не обов'язково мати медичну освіту. Так, наприклад, при призначенні керівників лікувальних закладів, в Польщі на рівні регіональної влади створюється конкурсна комісія, яка, після детального вивчення і відбору, представляє бургомістру чи воєводі дві кандидатури, з яких той робить вибір і призначає на посаду керівника. В Польщі керівні кадри в системі охорони здоров'я готують на рівні післядипломної підготовки у Вищих школах державного управління чи Вищих школах бізнесу.

Отже, сучасна кадрова стратегія охорони здоров'я в розвинутих країнах світу базується на відповідальності як державних органів влади, так і суспільства, зокрема професійних медичних асоціацій. Уряди цих країн намагаються регулювати трудові ресурси, визначати та задовольняти реальні потреби в кадрах охорони здоров'я, а також здійснювати підтримку та контроль заходів у сфері їх підготовки і результативного використання [6].

Одним із перспективним напрямом розвитку кадрової політики у сфері охорони здоров'я України є удосконалення підготовки та перепідготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів із спеціальності “медичина невідкладних станів”, а також фахівців з управління та фінансування у сфері охорони здоров'я, необхідної для забезпечення належного проведення реформи медичного обслуговування.

Перспектива інтегрування України в європейські структури потребує розробки моделі та методологічних основ управління трудовими ресурсами охорони здоров'я на державному рівні та її підтримки на регіональному, а також сприяння становленню нових форм співпраці щодо кадрового забезпечення галузі.

Список використаних джерел

1. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. – К.: НІСД, 2012. – 35 с.
2. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 г.г. [Електронний ресурс]. – Режим доступа : www.mz.gov.kz/files/resurs_14.10.2011.doc
3. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/>.
4. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко // 2002. – С. 21.
5. Устінов О. В. Роль та місце лікаря в сучасному суспільстві / О. В. Устінов [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/article/65012/rol-ta-misce-likarya-v-suchasnomu-susilstvi-za-materialami-vistupu-ministra-okhoroni-zdorov-ya-ukraini-raisi-bogatigovoi>
6. Латишев Є. Лекція № 7 (2012) освітнього проекту за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання зі спеціальності “Організація і управління охороною здоров'я” / Є. Латишев [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://medsprava.com.ua/korisna_informatsija/kadrovi_resursi_okhoroni_zdorovja_planuvannja_personalu_formuvannja_kadrovogo_rezervu/

І.І.Рябуха,

магістранта Житомирського інституту
медсестринства

ДОСЛІДЖЕННЯ КАНАДСЬКОЇ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР І ВПРОВАДЖЕННЯ ЇЇ ЕЛЕМЕНТІВ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ У ЖИТОМИРСЬКОМУ ІНСТИТУТІ МЕДСЕСТРИНСТВА

Медсестринство прагнуло становлення як професія і як дисципліна протягом більшої частини ХХ ст. і це «змагання» продовжується і нині. Низку бар'єрів довелося подолати Канаді, щоб досягти руху сестринської освіти в загальній системі освіти, і зокрема, в університетському середовищі на рівні з іншими фаховими дисциплінами [4]. Проте вже багато років Канада займає провідне місце у підготовці висококваліфікованих медсестринських кадрів, а ефективність процесу навчання полягає не тільки у нормативно-правовій і законодавчій базі, а й у використанні інноваційних методик і підходів до викладання.

Метою роботи є дослідження ключових елементів освіти медичних сестер у Канаді, а також запровадження перевірки ефективності проблемно-орієнтованого підходу до навчання.

Медсестринська освіта в Канаді – це складний багатогранний процес, який формувався століттями і зараз знаходиться на найвищому етапі свого розвитку [3]. Її ключовими поняттями на сучасному етапі є: якість освіти (відповідність результатів навчання і освітніх процесів актуальним цілям розвитку особи і суспільства), академічна мобільність (перехід студента до іншого вищого навчального закладу в або за межами власної країни з метою навчання протягом визначеного терміну), рамки кваліфікацій, а також компетенції (поєднання знань, розуміння, навичок, умінь та здатностей), що становили особливий інтерес для нашого дослідження.

Професійні компетенції у Канаді – важливий аспект підготовки медичних сестер [2]. Компетенції не є загальними, визначаються окремо відповідно до типу медичної сестри і її спеціалізації, і на відміну від України, набуваються на додипломному і післядипломному рівнях.

У зв'язку з цим, нами був розроблений медсестринський профіль, тобто блок компетенцій для визначених спеціалізацій (паліативна допомога, догляд за матір'ю і новонародженим, медсестринство в хірургії).

Іншою вагомою частиною нашого дослідження було використання проблемно-орієнтованого методу навчання (PBL), що виник у Канаді в 60-х роках ХХ ст. [1]. Експеримент полягав у впровадженні PBL під час викладання дисципліни «Менеджмент і лідерство в медсестринстві» у бакалаврів сестринської справи.

Висновки: Дослідивши систему підготовки медичних сестер у Канаді, можемо сказати, що запровадження у навчання проблемно-орієнтованого підходу, а також підготовка медичних сестер відповідно до окремих спеціалізацій – це легкий шлях до покращення та вдосконалення медсестринської підготовки.

Список використаних джерел

1. Barrows HS. Problem-based learning in medicine and beyond: a brief overview. In: New directions for teaching and learning. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
2. Canadian Nurses Association. (2005). Canadian nurse practitioner core competency framework. Ottawa: Author.
3. Massalle, H.K. (1965). Nursing Education in Canada. (Submission to the Royal Commission on Health Services). Ottawa, ON: Queen's Printer.
4. Рябуха І.І. Порівняльний аналіз становлення та розвитку професійної підготовки медичних сестер-магістрів в Канаді та Україні// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи». – 2014. - С. 201.

В.В.Свиридюк,

Житомирський військовий інститут
ім. С.П.Корольова державного
університету телекомунікацій
Житомирський інститут
медсестринства

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НАУКОВОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА

Згідно Закону України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р., № 1556-VII вищі навчальні заклади держави замість спеціалістів переходять до підготовки магістрів. Важливою складовою підготовки магістрів є інтеграція навчального процесу з науково-дослідною роботою, яка передбачає формування у них наукової комунікативної компетентності.

Комунікативна компетентність у широкому сенсі цього слова - це знання закономірностей обміну інформацією між людьми. У вузькому розумінні - це мистецтво бути зрозумілим і переконливим [1, с. 88; 5, С. 46].

Існує багато підходів до класифікації комунікативної компетентності. Більшість дослідників віддає перевагу поділу її на 4 основних різновиди: на побутову або загально-людську, інформаційну, професійну і наукову. У свою чергу існує більше 40 різновидів професійної комунікативної компетентності: лінгвістична, психологічна, педагогічна, медична, юридична, журналістська тощо [2, с. 18; 3, С. 26; 4, с. 104].

Наукова комунікативна компетентність набула особливої актуальності останнім часом у зв'язку з тенденцією переходу світової спільноти до єдиної міжнародної наукової мови (англійської) та формуванням міжнародних наукометричних баз.

На сьогодні існує низка міжнародних і національних наукометричних баз, які ведуть рецензування і облік за певними вимогами наукових праць, наукових видань і науковців (Web of Science, Web of Knowledge,

Google scholar, SCOPUS, Index Copernicus. РИНЦ тощо).

Одним із головних показників, який широко використовується для оцінки значимості наукових досліджень, є індекс Хірша. Індекс Хірша - наукометричний показник, запропонований американським фізиком Хорхе Хіршем з університету Сан-Дієго (Каліфорнія). Індекс дорівнює кількості цитувань поділений на кількість публікацій дослідника. Вчені всього світу уважно слідкують за своїм індексом. Для всіх він слугує показником значимості наукового результату.

Для того, щоб увійти на сайт Google scholar, досить набрати в латиниці своє прізвище і вказати на опцію Індекс Хірша. Незалежно від того, чи зареєстрований автор наукової праці як науковець у будь-якій наукометричній базі, Google scholar видасть величину індексу Хірша будь-якого науковця, якщо він публікувався.

Ми виокремлює три рівні наукової комунікативної компетентності магістрів.

1. Володіння інноваційними підходами до підвищення свого фахового рівня. На даному етапі розвитку освіти і науки – це комп'ютерні технології і досконале знання міжнародної наукової мови (англійської), що дозволяє слухати лекції та спілкуватися з колегами on line.

2. Створення об'єктів інтелектуальної власності: написання монографій, підручників, створення ноу-хау, винаходів, розробка програмного забезпечення для комп'ютерних центрів дистанційної освіти тощо.

3. Презентація (розміщення) об'єктів інтелектуальної власності у міжнародних наукометричних базах та захист авторських прав.

Список використаних джерел

1. Вознюк О.В. Нова парадигма освіти дорослих /О.В.Вознюк //Андрогогічний вісник. -2014. –Вип. 5. –С. 17-36
2. Мачуга Н.З. Емпіричні знання та їх вплив на отримання якісних медичних послуг в лікувальних закладах України. /Н.З.Мачуга. Електронний ресурс, 2013: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=1781>.
3. Оніщенко О.С. Соціальні мережі як чинник розвитку громадського суспільства /С.О.Оніщенко, В.М.Горовий, В.І.Попик та ін. –К.: НАН України, 2013, - 250 с.
4. Слободяник М.С. Бібліотека. Документ. Комунікації. / М.С.Слободяник. –К.: Ліра-К, 2010, 308 с.
5. Majewski M. Rola zarządzania wiedzą w zakładzie opieki zdrowotnej, /Majewski M. [źródło elektroniczne]. 2013. http://maciejmajewski.net/attachments/File/Artyku_y/Rola_zarz_dzania_wiedz_w_zak_adzie_opieki_zdrowotnej.pdf.

В.З.Свиридюк,

доктор медичних наук, професор
кафедри «Сестринська справа»,
проректор з наукової роботи
Житомирського інституту
медсестринства

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ

*Nil sine magno vita labore dedit mortalibus.
(Життя нічого не дає людям без великої праці).*

Вступ. На рівень якості медичної допомоги впливає багато чинників. Існуюча на сьогодні в Україні система забезпечення якості освіти більшість з них не враховує, тому потребує істотного удосконалення.

Мета роботи – теоретичний аналіз складових якості підготовки медичних кадрів та перспективних підходів до її поліпшення.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення мети використано методи системного аналізу та логічного узагальнення.

Результати та їх обговорення. Медицина – наука, мистецтво і професійна діяльність водночас. Особливістю професійної діяльності медичних працівників є надання ними медичної допомоги як різновиду послуг [2, с. 65; 3, с.127].

За визначенням ВООЗ, система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільш потребує та характеризуватися високою їх якістю. Аналіз досвіду інших країн, які досягли значних успіхів у забезпеченні якості медичної допомоги, показав, що ключ до успіху - у підвищенні якості підготовки кадрів [1, с. 23; 4, с. 84]. . .

На рис. 1 представлено загальну схему забезпечення якості в будь-якій галузі людської діяльності, у тому числі, в медицині та в медичній

освіті. Ключовими чинниками якості виступають **компетентність і зусилля**. У свою чергу, компетентність базується на **освіті і досвіді**. Компетентність являє собою синтез знань та умінь їх застосування в практичній діяльності. Досвід - це комплекс знань і навичок, придбаних у процесі практичної діяльності, методом проб і помилок, оцінок та усвідомлення успіху, аналізу промахів і недоліків

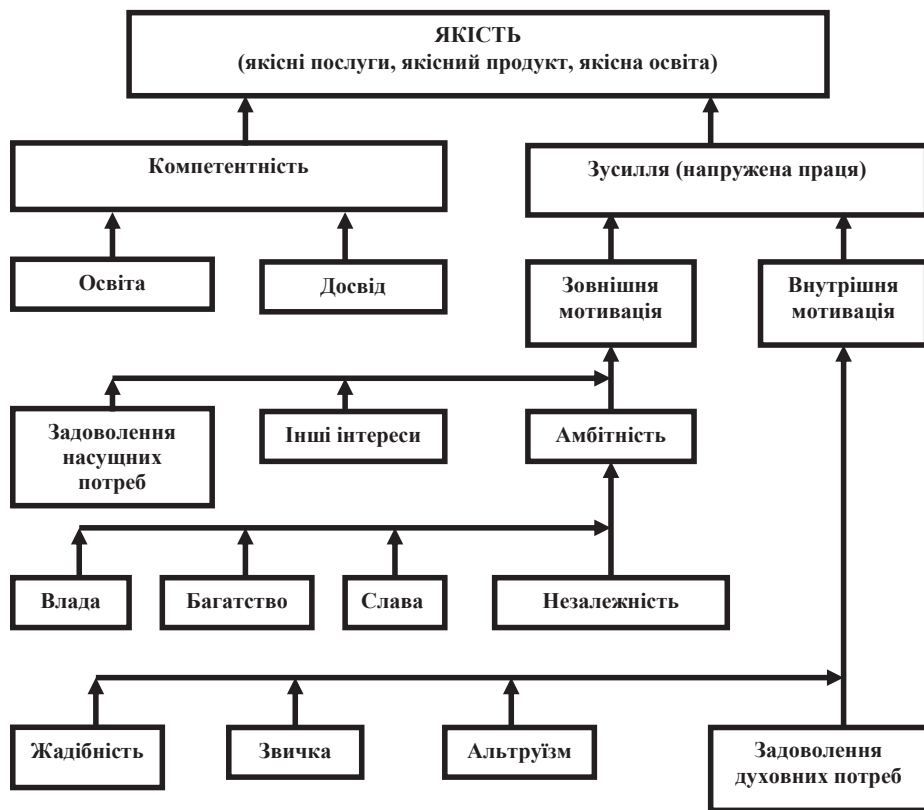


Рис. 1. Загальна схема забезпечення якості

Зусилля передбачає напружену працю, тому що якісний продукт не можна створити, якісну освіту не можна отримати, якісну послугу не можна надати, не докладаючи певних зусиль. Напружена праця можлива лише за відповідної **мотивації**. Мотивація буває **зовнішньою і внутрішньою**. Зовнішня мотивація у свою чергу, також може бути

також різною. Коли мова заходить про забезпечення якості, більшість дослідників традиційно пов'язує процес забезпечення якості із належним **контролем**. Однак, суворий контроль необхідний не завжди, а лише при змушуванні до напруженої праці та при такому різновиді зовнішньої мотивації як необхідність **задоволення насущних потреб**. Для того, щоб жити людина повинна мати джерело існування. Якщо джерелом існування виступає праця, яка є неприємним, обтяжливим обов'язком для працівника, лише ефективний контроль може забезпечити якість такої праці.

Крім задоволення насущних потреб, зовнішня мотивація може бути зумовлена **іншими інтересами**. Частина працівників ходить на роботу заради розваги, щоб не нудьгувати. Ця когорта в медичній галузі нечисельна й істотного впливу на якість не справляє.

Обидві вищезгадані складові зовнішньої мотивації (задоволення насущних потреб і розвага), значно поступаються третьому різновиду зовнішньої мотивації - **амбітності**. Амбітність – це, в першу чергу, кар'єрний ріст, який прокладає шлях до влади, і є, якщо не передумовою, то одним із можливих шляхів до **багатства, незалежності і слави**. Виділяють наступні професійно важливі якості амбітної особистості: розвиненість волі, наполегливість, ініціативність, цілеспрямованість, рішучість і самостійність. Для багатьох амбітних особистостей досягнення незалежності від людей і обставин є сенсом життя.

Зовнішня мотивація на сьогодні є основою забезпечення якості. Однак частина працівників напружено працює і докладає зусиль не через зовнішні мотиви, а через **внутрішнє спонукання**. Не найкращим і, можливо, не досить дієвим стосовно забезпечення якості різновидом внутрішньої мотивації до напруженої праці є **жадібність**. Жадібна людина здатна багато і напружено працювати заради особистого збагачення. Для суспільства зусилля жадібного працівника лише тоді корисні, коли забезпечено ефективний контроль за якістю товарів і послуг, які такий працівник виробляє чи надає. В медицині від таких працівників окрім шкоди, ніякої користі немає.

Чимало працівників напружено трудяться за **звичкою**. Це - категорія так званих трудоголіків. Їх у нашому суспільстві небагато. Але працюють вони багато, напружено й ефективно не заради кар'єри, слави чи грошей, а за внутрішньою потребою до праці, яка стала звичною, і результати якої, як і сам процес, приносять їм задоволення.

Існує також категорія людей, яким приносить задоволення робити

людям добро. Для цього вони згодні багато працювати. Це – **альтруїсти**. Їх у нашому суспільстві ще менше, ніж трудоголівів.

Більшість же серед тих, хто напружено працює керуючись внутрішньою мотивацією, становлять творчі особистості, які працюють для задоволення **внутрішніх духовних потреб**. Зазвичай, це – обдаровані особистості. Для них притаманні інтерес до роботи й бажання творчої самореалізації за відсутності інтересу до заробітку. Їх можна називати по-різному: фанатами, ентузіастами, диваками тощо, бо працюють вони за внутрішнім покликанням, для задоволення духовних потреб. Інтереси цієї групи працівників сфокусовано головним чином на реалізації своїх здібностей. Вони працюють на історію, вірніше – на безсмертя. Ця категорія працівників створює найкращі зразки якісного продукту. Жаль, лише, що результати їхньої праці дуже часто випереджають свій час і не знаходять попиту і розуміння в сучасників. Тобто, шедеври створюються не там і не тоді, коли це потрібно для суспільства. Буває що видатні, а частіше всього нікому невідомі науковці-ентузіасти, роками за внутрішнім спонуканням працюють над проблемами, вирішення яких на сучасному рівні розвитку технології, неможливо. Жагуча тяга до пізнання - це і є той «вічний двигун» внутрішнього покликання мислителів всіх часів і народів. Це про них і для них було викарбовано напис на храмі Апполона в Дельфах: «Пізнай самого себе і ти пізнаєш Бога і Всесвіт».

Стосовно медичної галузі для забезпечення якості медичної освіти потрібно починати з відбору абітурієнтів за результатами зовнішнього незалежного оцінювання з 5-и дисциплін: українська мова і література; англійська мова; математика; біологія, хімія. Знання математики необхідні для розвитку медичної науки.

У більшості розвинених країнах іспит з математики є обов'язковим при вступі на медичний факультет університету. Без математики неможливо забезпечити основоположну умову якості сучасної університетської освіти - поєднання навчанням з науковими дослідженнями.

Знання англійської мови європейського рівня якості повинна забезпечити загально-освітня школа. Тобто, абітурієнт уже при вступі до медичного університету повинен вільно володіти розмовною англійською мовою. В університеті студент повинен оволодіти науковою комунікативною компетентністю, яка неможлива без досконалого знання англійської мови за професійним спрямуванням. Лише тоді, коли наші

студенти і лікарі зможуть вільно спілкуватися з колегами з інших країн на науково-практичних форумах на міжнародній (англійській) мові, можна буде стверджувати, що створено одну із важливих передумов забезпечення якості медичної освіти і медичної допомоги.

Тестовий контроль знань під час навчання в університеті «Крок 1», «Крок 2», «Крок 3» повинні розвиватись і удосконалюватись у тому напрямку, щоб в перспективі перейти на міжнародні тести англійською мовою.

Ще один важливий резерв покращення якості підготовки медичних кадрів - післядипломна освіта: інтернатура, резидентура, аспірантура. Викладачів потрібно готувати в аспірантурі, фахівців хірургічного профілю в резидентурі, а для фахівців, робота яких не пов'язана із хірургічними втручаннями, достатньо інтернатури та клінічної ординатури. На престижні спеціальності проводити прийом лише за результатами іспитів, основу яких має складати комп'ютерне тестування з незалежним оцінюванням. Терміни навчання повинні забезпечити рівень фахівця спроможного самостійно надавати всі види висококваліфікованої медичної допомоги. За деякими хірургічними спеціальностями (торакальна хірургія, нейрохірургія, судинна хірургія, урологія тощо) передбачити тривалість навчання в резидентурі до 6-и років, як в США та інших розвинених країнах.

Висновки. Для забезпечення якості медичної допомоги у першу чергу необхідно підвищити якість медичної освіти. Необхідною умовою досягнення прийняттого рівня освіти є поєднання навчання з науковими дослідженнями та оволодіння студентами науковою комунікативною компетентністю, що неможливо без досконалого знання англійської мови.

Список використаних джерел

1. Вознюк О.В. Нова парадигма освіти дорослих /О.В.Вознюк //Андрагогічний вісник. -2014. –Вип. 5. –С. 17-36
2. Мачуга Н.З. Емпіричні знання та їх вплив на отримання якісних медичних послуг в лікувальних закладах України. /Н.З.Мачуга. Електронний ресурс, 2013: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=1781>
3. Пастовенський О.В. Головні аспекти м'якого системного підходу як методологічної основи громадсько-державного управління освітньою галуззю. /О.В.Пастовенський //Андрагогічний вісник. -2014. –Вип. 5. –С. 52 – 61.
4. Majewski M. Rola zarządzania wiedzą w zakładzie opieki zdrowotnej, /Majewski M. [źródło elektroniczne]. 2013. http://maciejmajewski.net/attachments/File/Artyku_y/Rola_zarz_dzania_wiedz_w_zak_adzie_opieki_zdrowotnej.pdf.

Т.В.Семигіна,

доктор політичних наук,

професор кафедри соціальної роботи і

практичної психології АПСВТ

ПІДГОТОВКА СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД І МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ УКРАЇНИ

Ця публікація ґрунтується на порівнянні міжнародної, передовсім європейської, практики кадрового забезпечення системи охорони здоров'я такими важливими фахівцями як соціальні працівники. Ці фахівці покликані вирішувати соціальні труднощі людей із проблемами здоров'я (такі проблеми вважають медико-соціальними чи радше біопсихосоціальними [4]).

Аналіз документів дає підстави для виокремлення низки чинників на пояснення того, що у європейських країнах заклади охорони здоров'я виступають найбільшими роботодавцями для соціальних працівників:

1) сформовано традиції інтегрованого підходу до розв'язання проблем людей, що мають складні життєві обставини, пов'язані зі здоров'ям; ці традиції знайшли віддзеркалення у сучасних міжнародних стандартах. Наприклад стандарти ВООЗ [5] визначають, що вичерпна допомога людям, які живуть із ВІЛ/СНІДом, складається з клінічної допомоги, психологічної та соціально-економічної підтримки, залучення самих людей, які живуть із ВІЛ, та їхніх близьких, розвитку поваги до прав та забезпечення правових потреб. Кожна зі складових у моделі ВООЗ передбачає надання як медичних, так і інших послуг. Навіть такий напрям, як клінічна допомога, не означає надання суто медичних послуг. Адже для проведення ефективного до- і післятестового консультування, формування прихильності до антиретровірусної терапії потрібна співпраця медиків, психологів та соціальних працівників;

2) наявна розвинута система підготовки соціальних працівників для сфери охорони здоров'я. У країнах Європи підготовка соціальних

працівників розпочалась на початку ХХ століття, є виразно підтримуваною державою й регульованою професійними стандартами, в яких сформульовано очікувані компетентності фахівців із соціальної роботи, у тому числі для роботи в сфері охорони здоров'я. Чимало посад соціальних працівників у закладах охорони здоров'я передбачають не тільки наявність вищої освіти із соціальної роботи, а й додаткової спеціалізації, наприклад, із соціальної роботи в галузі психіатрії, проходження післядипломної освіти із отриманням сертифікатів та додаткових кваліфікацій, регулярне підвищення кваліфікації (без якого неможливо отримання ліцензії) тощо [4; 8];

3) в багатьох країнах функціонує єдина урядова структура, відповідальна за розв'язання проблем медичної галузі та соціального обслуговування. Наприклад, у Швеції діє Міністерство охорони здоров'я та соціальних справ, у Норвегії – Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, у Нідерландах – Міністерство здоров'я, добробуту та спорту, в Угорщині – Міністерство у справах охорони здоров'я, соціальних питань та сім'ї [6]). Така практика притаманна не тільки європейським країнам: у США створене Міністерство медичних та соціальних закладів [9], у Японії – Міністерство з питань охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення [7].

В Україні фахова підготовка соціальних працівників у країні розпочалася лише у 1990-ті роки. Дослідження [1; 2; 3] свідчать, що в нашій країні й досі наявний брак взаємозв'язків між медичною та соціальною сферою.

З одного боку, у медичних інституціях України майже немає посад соціальних працівників або посад для тих, хто має професійну освіту із соціальної роботи. Дається взнаки й відомче розмежування закладів охорони здоров'я та соціального обслуговування, що ускладнює формування цілісного комплексу необхідних медичних та соціальних заходів (наприклад, у сфері надання паліативної допомоги, підтримки людей, які живуть з ВІЛ, профілактичної роботи з молоддю, яка має проблеми залежності й у роботі з якою слід спиратися на сучасні методики психологічної допомоги у зміні поведінки, тощо).

З іншого боку, важливим питанням для державної політики в сфері охорони здоров'я та державної політики освіти залишається підготовка спеціалістів із соціальної роботи, здатних ефективно працювати в умовах

закладів охорони здоров'я. Йдеться як про впровадження спеціалізацій на магістерських програмах із соціальної роботи (із проходженням практики у закладах охорони здоров'я), що потребує розробки відповідних навчальних програм, побудованих на компетентісному підході, так і про підвищення кваліфікації соціальних працівників, які потребують спеціалізованих знань щодо певних сфер охорони здоров'я. Загалом, для соціальних працівників в Україні не передбачено підвищення кваліфікації й не створено навчально-методичних центрів перепідготовки.

Наразі під час визначення державної політики в сфері охорони здоров'я доцільно врахувати міжнародний, зокрема, європейський досвід, щодо активного залучення професійних соціальних працівників, які мають відповідну освіту, до закладів охорони здоров'я, створення стандартів діяльності таких працівників, та формування системи спеціалізованої (пере)підготовки спеціалістів із соціальної роботи для надання допомоги, передовсім, у вузькопрофільних сферах – робота з людьми, які мають проблеми психічного здоров'я, робота з людьми, які живуть із ВІЛ, робота з людьми із певними типами інвалідності тощо.

Список використаних джерел

1. Царенко А. В. Звіт за результатами дослідження щодо впровадження системи паліативної допомоги людям, що живуть із ВІЛ / А. В. Царенко, В. П. Хмарський, В. Г. Сердюк, О. О. Скорина, С. В. Комарова. – К., 2010. – 117 с.
2. Щербина В. ВІЛ/СНІД і молодь: знання та поведінка / В. Щербина // Соціальна політика і соціальна робота. – 2008. – № 1. – С. 27–36.
3. Bongiovanni A. End-of-project performance evaluation of the HIV/AIDS service capacity project (USCP) in Ukraine: final report [Electronic resource] / Bongiovanni A., Sergeev B., Semigina T. – Mode of access: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACW003.pdf
4. HCPC standards of proficiency for social work [Electronic resource] / Health and Care Professions Council (HCPC). – Mode of access: <http://www.tcsw.org.uk/standard-2col-rhm.aspx?id=6442451337>
5. National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. – Geneva : World Health Organization, 2004. – 37 p.
6. Health Authority by Country in Europe [Electronic resource]. – Mode of access : <http://www.ispor.org/htaroadmaps/healthauthorityeurope.asp>.
7. Ministry of Health, Labour and Welfare (Japan) [Electronic resource]. – Mode of access : www.mhlw.go.jp/english.
8. Social work education in England 2009 – 2014: A report for the Department of Health (DH) [Electronic resource] / Skills for Care. – Mode of access : <https://www.basw.co.uk/resource/?id=3881>.
9. United States Department of Health and Human Services [Electronic resource]. – Mode of access : www.hhs.gov.

С.О.Сільченко,

кандидат юридичних наук, доцент

доцент кафедри трудового права

Національного юридичного

університету імені Ярослава Мудрого

партнер юридичної фірми «Інюрполіс»

ПРАВОВИЙ СТАТУС МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА: ПЕРЕЗАВАНТАЖЕННЯ НЕМИНУЧЕ

Якщо характеризувати стан національної системи охорони здоров'я України протягом усього періоду незалежності, слід констатувати, що держава не мала чіткої і зрозумілої стратегії реформування цієї системи, а також політики її розвитку. Це призвело до того, що негативні процеси набули руйнівного характеру. Нині тільки лінивий не говорить про необхідність реформи охорони здоров'я в Україні. Тому як державні інституції, передусім Міністерство охорони здоров'я України, так і інститути громадянського суспільства намагаються розробити і втілити ефективний план реформ, що дозволить побудувати сучасну модель системи охорони здоров'я [2].

Центральними відносинами у системі охорони здоров'я є відносини між лікарем (медичним працівником) і пацієнтом. І від того, наскільки перший є соціально і юридично захищеним, залежить стан здоров'я другого. Тому, як не дивно, медична реформа повинна мати в центрі уваги поруч з інтересами пацієнта також інтереси медика.

В літературі наголошується на особливому правовому становищі медичного працівника [1], зокрема як працівника [4]), суб'єкта відповідальності [3] тощо. Основи законодавства України про охорону здоров'я у розділі X визначають ключові засади цього статусу, пов'язані з доступом до професії, професійною підготовкою, професійними правами та обов'язками медичних працівників. Проте реальний стан справ свідчить, що без докорінної зміни статусу медичного працівника, системи формування персоналу медичного закладу, базових підходів до оплати праці та мотивації лікарів медична реформа приречена на невдачу.

Спробуємо визначити деякі пріоритети, що мають лягти в основу реформування статусу медичного працівника.

1. Лікар має стати основним суб'єктом надання медичної послуги пацієнту, маючи професійну мобільність та персональну відповідальність за якість її надання. Це вимагатиме зміни підходів до формування кадрового складу закладів охорони здоров'я, де основою штатної чисельності має бути середній медичний персонал. Саме медичні сестри мають забезпечувати проведення якісних медичних процедур, асистувати лікарям, підтримувати певну «клієнтську» атмосферу закладу. Натомість лікар матиме можливість практикувати там, де є потреба у його знаннях і навичках, залучатися за запитом до виконання роботи у будь-який заклад. Це, між іншим, дозволить забезпечити реальну можливість пацієнту обирати лікаря, в тому числі не з числа штатних працівників медичного закладу.

2. Слід кардинально змінити підходи до формування штату медичного закладу. Наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» має бути скасований. Натомість слід використовувати загальний підхід до визначення спроможності закладу охорони здоров'я здійснювати медичну практику через встановлення ліцензійних умов, акредитаційну процедуру тощо. Лікарі не повинні бути кріпаками лікарень, так само й лікувальні заклади повинні мати можливість формувати штат з урахуванням спроможності надавати якісні медичні послуги, враховуючи потреби пацієнтів, ситуацію на ринку для забезпечення економічного ефекту своєї діяльності.

3. Варто відмовитися від жорсткого нормування питань оплати та стимулювання праці медичних працівників. Саме відсутність мотиваційної політики, нездатність за допомогою чинної системи оплати праці орієнтувати лікаря на результат призвели до процвітання корупції, поширення нелегальних доходів серед медичних працівників. Якщо лікар не має змоги заробляти легально пристойні кошти, він буде змушений або змінювати місце роботи (а досить часто – і країну), або погоджуватися на нерегламентовані доходи від пацієнтів або фармацевтичних компаній. При цьому здоров'я пацієнта залишається поза увагою.

4. Варто посилити роль професійних асоціацій, які в багатьох країнах виконують функцію розробки стандартів надання медичної допомоги,

професійної оцінки лікарів, допуску до професії. Вочевидь цей процес має відбуватися в Україні поступово, еволюційно, з усвідомленням того, що асоціації мають довести свою дієвість. Тоді позбавлення держави від частини регуляторних функцій знизить корупційні ризики.

5. В медичному середовищі треба розвивати конкурентні засади, коли фінансуватися має саме якісна медична допомога, а не ліжко-місця чи установи. Лікар має розуміти, що від того, наскільки якісно він виконує свою роботу, залежить його добробут. Звернення пацієнта за медичною послугою має бути індикатором, за яким забезпечується фінансування діяльності медичного закладу.

6. Треба суттєво змінити існуючу модель управління закладами охорони здоров'я, зменшивши залежність лікаря від керівника закладу. Розширення лікарського самоврядування, зміна підходів до призначення керівних менеджерів має стимулювати зростання можливостей для професійної самореалізації, усуне невинуватого залежність рівня оплати праці, можливостей для професійного розвитку від ставлення керівника персонально до того чи іншого лікаря.

Вочевидь перелік можна продовжувати.

Список використаних джерел

1. Беденко-Зваридчук О. Правовий статус медичного працівника в Україні / О. Беденко-Зваридчук // Практика управління медичним закладом. – 2012. – № 3. – С. 57–66.
2. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років [Електрон. ресурс]. – Режим доступу до документу : <http://healthsag.org.ua/strategiya/>.
3. Стеценко С. Г. Медичне право України : підруч. / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта. – К. : Правова єдність. Всеукраїнська асоціація видавців, 2008. – С. 253–286.
4. Щукін О. С. Правовий статус медичних працівників за трудовим законодавством України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 12.00.05 «Трудове право, право соціального забезпечення» / О.С. Щукін. – Одеса, 2005. – 20 с.

І.Г.Сурай,

доктор наук з державного управління,
старший науковий співробітник,
доцент,
професор кафедри парламентаризму та
політичного менеджменту
НАДУ при Президентіві України

ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК ОСНОВА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Впровадження в Україні європейських стандартів життя та вихід України на провідні позиції у світі є стратегічною метою.

Стратегія сталого розвитку “Україна – 2020” (далі – Стратегія), схвалена Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015, визначає мету, вектори руху, дорожню карту, першочергові пріоритети та індикатори належних умов становлення та розвитку України. Стратегія передбачає реалізацію 62 реформ та програм розвитку держави. Зокрема, за вектором відповідальності: Децентралізація та реформа державного управління; Реформа системи охорони здоров'я [2] тощо.

Метою реформи державного управління є побудова прозорої системи державного управління, створення професійного інституту державної служби, забезпечення її ефективності [2]. Модернізація державної служби в Україні сприятиме вирішенню завдань держави у забезпеченні ефективної кадрової політики, у тому числі, системи охорони здоров'я.

Протягом 2014–2015 років активно напрацьовуються нові підходи до державної служби в Україні, які найшли відображення у проекті Закону України “Про державну службу” (далі – проект Закону), що зареєстрований у верховній Раді України за №2490 від 30 березня 2015 р. (Суб’єкт права законодавчої ініціативи: Кабінет Міністрів України) [1].

У цьому проекті Закону визначено принципи, правові та організаційні засади забезпечення публічної, професійної, політично неупередженої, ефективної, підзвітної, орієнтованої на громадян державної служби,

яка функціонує в інтересах держави і суспільства, а також можливість реалізації громадянами України права рівного доступу до державної служби, що базується на їх особистих якостях та досягненнях.

Одним з ключових (базових) елементів модернізації державної служби виступає професійна компетентність.

Професійна компетентність – це здатність особи застосовувати спеціальні знання, уміння та навички, виявляти відповідні ділові якості для належного виконання встановлених завдань і обов’язків, навчання, професійного та особистого розвитку [1, ст. 2].

Професійна компетентність є також основою такого принципу державної служби як професіоналізм, що передбачає високий рівень володіння питаннями державної служби, компетентне, об’єктивне і неупереджене виконання посадових обов’язків, постійне підвищення державним службовцем рівня своєї професійної компетентності [1, ст. 4].

У проекті Закону наведена нова, зовсім інша, класифікація посад державної служби. При цьому, посади державної служби в державних органах поділяються на категорії (“А”, “Б”, “В”) залежно від порядку призначення, характеру та обсягу повноважень державних службовців і необхідних для їх виконання кваліфікації та професійної компетентності [1, ст. 6]. Мають бути розроблені й затверджені типові вимоги до професійної компетентності державних службовців, які займають посади державної служби цих категорій.

Служба управління персоналом, серед інших функцій, має здійснювати планування та організацію заходів з питань підвищення рівня професійної компетентності державних службовців.

У ст. 20 [1] зазначено, що вимогами до осіб, які претендують на вступ до державної служби, є вимоги до їх професійної компетентності, які складаються із загальних та спеціальних вимог.

Так, особа, яка претендує на зайняття посади державної служби категорії “А”, повинна відповідати таким загальним вимогам до професійної компетентності:

загальний стаж роботи не менш як сім років;

досвід роботи на посадах державної служби категорій “А” чи “Б” або на посадах не нижче керівників структурних підрозділів в органах місцевого самоврядування,

або управлінській досвід у відповідній галузі не менш як п’ять років;

володіння іноземною мовою, яка є офіційною мовою Ради Європи.

Зауважимо, що проектом Закону передбачено, що з урахуванням:

- рівня професійної компетентності, особистих якостей і досягнень кандидатів проводиться конкурс на зайняття вакантної посади державної служби [1, ст. 22]. Під час засідання конкурсної комісії її члени особисто оцінюють рівень професійної компетентності претендентів, які відповідають умовам конкурсу, та визначають в особистому порядку їх загальний рейтинг (за якого визначають переможця конкурсу та другого за результатами конкурсного відбору кандидата на вакантну посаду державної служби);
- професійної компетентності здійснюється просування державного службовця по службі шляхом зайняття вищої посади за результатами конкурсу [1, ст. 39];
- професійної підготовки та професійної компетентності державний службовець може бути переведений на іншу посаду, зокрема без обов'язкового проведення конкурсу [1, ст. 40].

Державним службовцям створюються умови для підвищення рівня професійної компетентності шляхом професійного навчання, яке проводиться постійно [1, ст. 46]. При цьому, професійне навчання державного службовця проводиться за рахунок коштів державного бюджету та інших джерел, не заборонених законодавством, через систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації, зокрема у галузі знань “державне управління”, у формі спеціальних курсів, тематичних семінарів, тренінгів, стажування тощо в установленому порядку у відповідних навчальних закладах, установах, організаціях незалежно від форми власності, які мають право надавати освітні послуги, в тому числі за кордоном. Підвищення рівня професійної компетентності державних службовців проводиться протягом проходження служби, а підвищення кваліфікації – не рідше одного разу на п'ять років [1, ст. 46].

З метою підвищення рівня професійної компетентності державного службовця може проводитися його стажування з відривом від служби строком від одного до шести місяців на іншій посаді державної служби у тому самому або іншому державному органі відповідно до законодавства, зокрема за кордоном [1, ст. 46].

Крім того, у кожного державного службовця має бути індивідуальна програма підвищення рівня професійної компетентності [1, ст. 47].

до якої може включатися підготовка, перепідготовка, підвищення кваліфікації, стажування та самоосвіта. Така програма погоджується безпосереднім керівником державного службовця, керівником служби управління персоналом і затверджується керівником державної служби.

Також, залежно від складності передбачених за посадою обов'язків та професійної компетентності державного службовця, для надання консультацій, порад і роз'яснень державному службовцю, який вперше вступив на державну службу на посаду категорії "В", з питань, пов'язаних з виконанням його посадових обов'язків, запроваджується обов'язкове наставництво тривалістю до трьох місяців, яке може здійснюватися одночасно з випробувальним терміном [1, ст. 48].

Отже, модернізована сучасна державна служба системи охорони здоров'я має базуватися на професійній компетентності кожного державного службовця. Проте, значна низка питань ще потребує уточнення та доопрацювання. Насамперед, це стосується чіткого (без надмірної деталізації) опису вимог до професійної компетентності державного службовця для кожної конкретної посади, співвідношення описів відповідно до категорій посад, розробки механізмів визначення рівнів професійної компетентності та включення їх у загальну систему державної служби. Важливим у цьому питанні є використання досвіду організації сучасної державної служби провідних країн світу, зокрема країн Європейського Союзу.

Список використаних джерел

1. Про державну службу : Проект Закону України № 2490 від 30 березня 2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=54571
2. Про Стратегію сталого розвитку "Україна – 2020" : Указ Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>

І.І.Тарасюк,
Житомирський інститут
медсестринства

БІОСОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Для всіх людей психічне, соматичне та соціальне благополуччя є важливими складовими життя, які тісно пов'язані між собою та залежать одна від одної. Психічні розлади складають п'ять із десяти головних причин інвалідності у світі та 12% загального тягаря хвороб. Експерти ВООЗ відмічають, що в майбутньому, з урахуванням постаріння населення та загострення соціальних проблем кількість даної категорії хворих буде збільшуватися [2, с. 275; 5, с. 284].

Мета роботи – встановити регіональні особливості психічних захворювань населення Житомирської області та медичних сестер.

Для досягнення мети використано **клініко-статистичний та медико-соціологічний** (анкетування) **методи дослідження**.

Основними джерелами інформації стали статистичні дані Житомирської області, а також результати опитування 206 респондентів. В основу опитувальника було покладено методіку PARI (parental attitude research instrument) Е.Шеффера і Р.Белла [1, с. 43].

Результати та їх обговорення. Жодна країна світу не захищена від проблем, пов'язаних з психічними розладами. У світі на розлади психіки та поведінки страждає від 20 до 30 осіб на 10 тис населення, в Україні – 25 на 10 тис. населення. Самогубство – одна з найважливіших причин смерті серед молоді. Кількість самогубств у різних країнах світу варіює від 2 до 44 на 100 тис населення. Показники суїциду в Європейському регіоні є найвищими в масштабах планети і є причиною того, що очікувана тривалість життя в Європейському регіоні за останнє десятиліття зменшилася на 10 років [3, с. 240; 4, с. 118;].

В Україні на сьогодні 1,2 млн жителів в потребують психіатричної допомоги. Починаючи з 1991 р. кількість розладів психіки та поведінки зростає в 1,2 раза від 22,2 до 26,6 випадків на 10 тис. населення. У 2014 році із загальної кількості зареєстрованих пацієнтів з психічними розладами 69,0% становили особи працездатного віку, 23,0% – діти. Не

зменшується і кількість суїцидальних спроб, смертність від суїцидів у 2014 році становила 22,5 випадків на 100 тис. населення (18,8 в міській місцевості та 30,5 в селах).

Детермінантами психічного здоров'я є низка біосоціальних чинників, таких як: спадковість, стать, вік, бідність, безробіття, соціальні і побутові конфлікти, війни і стихійні лиха, соматичні захворювання, що супроводжуються стигматизацією або дискримінацією (ВІЛ/СНІД, саркома Капоші, туберкульоз), наслідки соматичних та психічних травм, особливо військових тощо.

Для 90% психічних захворювань притаманна спадкова схильність. Для реалізації обтяженої спадковості та трансформації її в хворобу вирішальним є стресогенні ситуації, серед яких переважну більшість становлять сімейні конфлікти.

На особливу увагу заслуговують сімейні конфлікти як стресогенні чинники. Незважаючи на те, що на сьогодні сімейні конфлікти не розглядаються як однозначно незадовільне явище в житті подружньої пари, а навпаки, панує думка, що конфлікти являють собою обов'язковий компонент подружнього життя, у тому числі і в щасливому шлюбі. Встановлено, що 80–85% сімей мають конфлікти, серед яких у 15–20% виникають сварки з різних причин. Однак конфлікти в успішному чи нещасливому шлюбах різняться за своєю сутністю. У першому випадку серйозні конфлікти виникають нечасто, вони нетривалі і, зазвичай, сприяють вирішенню проблем. У нещасливому шлюбі конфлікти – типове явище, що поступово набуває деструктивного характеру, і врешті-решт приводить до розлучення. В Україні розпадається кожний другий шлюб. Розлучення вважають одним із деструктивних різновидів вирішення сімейних конфліктів. Це – не найкращий, але й не найгірший в порівнянні із вбивством чи самогубством одного з членів подружжя внаслідок конфлікту, вирішення сімейних проблем.

Встановлено, що розлученню передують низка психологічних передумов конфліктності сімейного життя таких, як: невдоволення станом сімейних відносин (майже половина чоловіків та третина жінок); надмірна вимогливість до партнера по шлюбу – (третина опитаних жінок); схильність до конфліктності (третина чоловіків і третина жінок); завищення власного авторитету, недооцінка ролі партнера, претензії на домінуючу роль в сім'ї замість налагодження відносин рівності і партнерства (дві третини чоловіків та більше половини жінок). При цьому спостерігається абсолютно неприйнятний, деструктивний психологічний феномен подолання спротиву та пригнічення волі інших членів сім'ї.

Загальна поширеність психічних захворювань є однаковою для чоловіків і жінок. Однак, тривожні і депресивні розлади набагато більше поширені серед жінок, у той час як порушення, пов'язані зі зловживанням психотропними речовинами й антисоціальні розлади особистісного плану більш поширені серед чоловіків. Соціальні фактори мають визначальне значення для гендерних розходжень при тривожних розладах. Традиційна роль жінки в суспільстві піддає жінок більшому стресу і дає менше можливостей для зміни елімінації стресогенної обстановки. Іншою причиною пов'язаних зі статтю розходжень у частоті психічних розладів є висока поширеність актів статевого і побутового насильства, яким частіше піддаються жінки. Впродовж життя кожна п'ята жінка піддається зґвалтуванню чи спробі зґвалтування. Однак чоловіки частіше за жінок вчиняють суїциди на ґрунті побутових конфліктів.

Нами підтверджено, що медичні сестри відносяться до одного із вразливих контингентів щодо стресогенних ситуацій як реалізаторів спадкової схильності до психічних розладів і захворювань. Встановлено, що медичні сестри потребують психологічної підтримки вірогідно частіше, ніж пересічні жінки відповідного віку інших професій. Особливістю стресогенних ситуацій для медичних сестер, поряд із сімейними конфліктами, є низки психотравмуючих професійних чинників, що призводять до виникнення синдрому професійного вигорання.

Для синдрому емоційного вигорання медсестер, чинниками ризику є наступні:

- висока відповідальність (відповідальність за здоров'я і життя пацієнтів);
- відсутність відповідної підготовки для виконання роботи;
- позмінна робота, у тому числі в нічні зміни;
- надмірне фізичне навантаження (24 години на ногах за відсутності будь-яких засобів механізації праці);
- надмірна загальна завантаженість – 25-30 пацієнтів на одну медсестру, у той час як за кордоном, зазвичай приходиться по 5-6 пацієнтів на одну медсестру;
- необладнане робоче місце - відсутність елементарних зручностей для роботи, відпочинку (короткочасної релаксації), прийому їжі, особистої гігієни;
- професійні шкідливості (контакт з інфекційними хворими, у тому числі, ризик інфікування смертельними парентеральними вірусними інфекціями: ВІЛ/СНІДом, гепатитами В і С, Тогh-інфекціями

тощо);

- недостатня оплата праці (зарплата медсестри є однією із найнижчих в державі);
- високий рівень самовідданості та ідеалізму;
- потреба доказати свою спроможність;
- невміння сказати «ні»;
- труднощі з делегуванням відповідальності;
- схильність до самопожертвування;
- молодий вік;
- завищені очікування

Нами виділено три типи медичних сестер, найбільш вразливих щодо синдрому емоційного вигорання:

1. Педантичний – характеризується сумлінністю, зведеною в абсолют, надмірною, хворобливою акуратністю, прагненням у будь-якій справі добитися зразкового результату (навіть на шкоду собі);

2. Демонстративний – прагнення бути першою у всьому, завжди бути на видноті. Цьому типу властива висока міра виснаження при виконанні навіть непомітної рутинної роботи;

3. Емпатійний – вразливі та занадто чутливі молоді медсестри, чуйні, схильні сприймати чужий біль як власний. Емпатія і самопожертва в них виражена настільки, що межує з патологією, із саморуйнуванням.

Висновки. На сьогодні для населення Житомирської області найбільш значимими детермінантами психічного здоров'я є обтяжена спадковість та стресогенні ситуації, серед яких визначальними є сімейні конфлікти, які є основною причиною розлучень і самогубств серед населення області. Для медичних сестер більш значимими є професійні стресогенні ситуації, ніж сімейні конфлікти.

Список використаних джерел

1. Авсиевич М.Т. Супружеские конфликты и пути их преодоления /Авсиевич М.Т., Мельник Л.И. – М.: МГУ, 2008 – 451 с.
2. Dębska G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. /G.Dębska, G.Cepuch //Problemy Pielęgniarstwa. -2008. -№ 16 (3). –P. 274-276.
3. Głowacka M.D. Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. //Nowiny Lekarskie. -2005. -№74(2). P. 238-242.
4. How does domestic violence affect women's mental health /G.L Roberts, G.M.Williams, J.M.Lawrence, B.Raphael. // Women Health. -2015. -№48. –P. 117–129.
5. Hamberger L.K. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. /L.K.Hamberger, D.G.Saunders, M. Hovey. //Fam Med. 2008. -№24. –P. 283–287.

Н.О.Теренда,

кандидат медичних наук, доцент, докторант кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Н.Я.Панчишин,

кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

К.Є.Юрїв

кандидат медичних наук, асистент кафедри патологічної фізіології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

КАДРОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЛІКАРІВ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Внаслідок хвороб системи кровообігу Україна щорічно втрачає 500 тис. населення. Протягом 1991–2011 рр. показник смертності від цих хвороб в Україні зріс з 488,0 до 965,9 на 100 тис., тобто вдвічі. Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні перевищує середньоевропейський показник у два, а окремих країн – у 3,5 рази [1, с. 21; 2, с. 12; 3, с. 11]. Згідно прогностичної оцінки поширеність хвороб системи кровообігу в Україні до 2020 р. зросте на 40,1% [4, с. 34]. Визначальним у розвитку серцево-судинної патології є фактори способу життя, також сюди належать і медичні чинники [2, с. 12].

Для покращення якості надання медичної допомоги хворим та відповідно зменшення смертності від цих недуг важливим залишається питання кадрової політики. Нами проаналізовано кількісні і якісні

показники кадрового складу лікарів України за період 1996-2012 років.

Протягом 1996 чисельність лікарів зросла із 40,6 до 41,6 на 100 тис. населення. Найбільша кількість їх спостерігалася у 2009 – 2011 роках (43,1 – 43,2 на 10 тис. населення). Щодо спеціалістів-кардіологів, то їхня чисельність неухильно зростала з 2688 до 3085 осіб (від 0,5 до 0,7 на 10 тис. населення). В структурі лікарів терапевтичного профілю частка кардіологів протягом 1996 – 2012 років зросла із 5,2 % до 7,8 %. Подібна тенденція спостерігалася і при вивченні чисельності серцево-судинних хірургів. Так, їх кількість протягом 1996 – 2012 років збільшилася з 253 до 444 осіб (+ 75,5 %).

Не менший вплив на якість здоров'я пацієнтів має і фаховий рівень спеціалістів. Так, відсоток атестованих лікарів, щодо загальної кількості змінювався протягом досліджуваного періоду з 45,1% до 68,3 % (+ 51,4 %). З них у 2010 році вищу категорію мали 46,2 %, I – 36,2 %, II – 17,6 %. Подібна тенденція спостерігалася і у лікарів-кардіологів та серцево-судинних хірургів. Відсоток атестованих кардіологів, щодо їх загальної кількості, протягом 1996 – 2010 років зріс із 55,5 % до 80,4 % (+ 44,9 %). З них у 2010 році вищу категорію мали 57,8 %, I – 27,1 %, II – 15,0 %. Загальний відсоток атестованих серцево-судинних хірургів, щодо їх загальної кількості, протягом досліджуваного періоду збільшився із 68,4 % до 72,1 % (+ 5,4 %). З них у 2010 році вищу категорію мали 57,3 %, I – 25,1 %, II – 17,6 %. Незважаючи на незначне зростання кількості атестованих серцево-судинних хірургів, саме у них відмічається найвищий фаховий рівень.

Отримані результати свідчать про достатньо високий чисельний та професійний рівень лікарів кардіологічного профілю, хоча він не дозволяє істотно зменшити рівень серцево-судинної патології. Одним із визначальних факторів для цієї патології залишається спосіб життя пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Дячук Д. Д. Щодо захворюваності дорослого населення України на неінфекційні хвороби / Д. Д. Дячук // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 19–23.
2. Коваленко А.В., Клименко В.І. Медико-організаційні недоліки профілактики хвороб системи кровообігу в Україні та шляхи їх подолання / А.В. Коваленко, В.І. Клименко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 12–16.
3. Пархоменко Г. Я. Характеристика здоров'я населення працездатного віку / Г. Я. Пархоменко, Г. В. Курчатова, В. В. Бідний // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 3. – С. 10–14.
4. Теренда Н.О. Прогностична оцінка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу / Н.О. Теренда // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 31-35.

О.І. Ушакова,

аспірант кафедри управління охороною
суспільного здоров'я НАДУ

ОПТИМІЗАЦІЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

Метою дослідження є вивчення впливу кадрового забезпечення медичними працівниками на стан громадського здоров'я в окремих регіонах України.

В умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні серед невідкладних завдань є перебудова кадрового забезпечення необхідних змін, зокрема раціонального використання людських ресурсів. У зв'язку з цим особливу важливість набуває визначення цілей, завдань та пріоритетів роботи з медичними кадрами. Відомо, що якість медичної допомоги визначається не тільки адекватністю організаційно-управлінських форм, станом матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я, але і раціональною структурою та високою кваліфікацією медичних працівників. Основною особливістю кадрового забезпечення системи охорони здоров'я на початку незалежності України були надмірна кількість медичних працівників з розрахунку на кількість населення, значна кількість лікарів за окремими спеціальностями по відношенню до лікарів загальної практики, незадовільне співвідношення кількості лікарів та середніх медичних працівників, брак необхідних управлінців-менеджерів [4, с. 120-129]. Істотно відрізняється кадрове забезпечення медичними працівниками в окремих регіонах України. Спостерігається надмірна концентрація медичних працівників у великих містах, особливо при наявності медичних вишів та науково-дослідних інститутів. Залишаються значні проблеми із забезпечення медичними працівниками сільського населення. Понад 15% медичних працівників зайняті поза межами системи МОЗ України, а у відомчих закладах. В

Україні відмічається значна регіональна диференціація за рівнем життя та станом громадського здоров'я, зокрема тривалості життя [1, с. 198; 3, с. 133].

Необхідно враховувати, що кількість лікарів і високе забезпечення ними на 10 тис. населення не є гарантією якості медичної допомоги і задовільних показників стану громадського здоров'я. Вирішальними чинниками залишаються якість підготовки фахівців, ефективність моделі фінансування, частка витрат на охорону здоров'я від ВВП та оплата праці медичних працівників.

Традиційно вважається, що система охорони здоров'я у вузькому смислі, як система надання медичної допомоги, істотно не впливає на основні показники стану здоров'я населення (від 10% до 15%). Нами проведений аналіз впливу соціально-економічних, демографічних чинників, ресурсного забезпечення та діяльності системи охорони здоров'я на показник середньої очікуваної тривалості життя при народженні. Зокрема, виявлено, що існує значна відмінність між окремими регіонами України стосовно кількості лікарів на 10 тис. населення [2, с. 427].

Так, у Житомирській, Кіровоградській, Миколаївській та Херсонській областях забезпечення лікарями знаходиться в межах 34-38 лікарів на 10 тис. населення (37,6; 35,2; 34,7; 36,3 відповідно), а в Івано-Франківській, Львівській, Харківській та Чернівецькій областях – в межах 57-61,3 лікарів на 10 тис. населення (59,3; 57,0; 57,6; 61,3 відповідно). З метою з'ясування впливу забезпечення лікарями на стан громадського здоров'я в окремому регіоні, зокрема на тривалість життя населення, проведений кореляційний аналіз. Виявлений прямий сильний кореляційний зв'язок між тривалістю життя та кількістю лікарів в окремому регіоні України (табл.).

Кореляційний зв'язок між середньою очікуваною тривалістю життя при народженні та окремими показниками за даними по регіонах України (2013 рік)

N п/п	Показники	Коефіцієнт кореляції (r)		
		$n_1 = 27$	$n_2 = 10$	$n_3 = 8$
1	Відсоток населення у віці 65 років і старшому	-0,32273	-0,61301	-0,61544
2	Кількість пенсіонерів (на 1000 населення)	-0,39372	-0,79192	-0,79390
3	Частка міського населення (%)	-0,07524	-0,54342	-0,76103
4	Кількість лікарів усіх спеціальностей (на 10 тис. населення)	0,82641	0,91064	0,95099
5	Кількість середнього медичного персоналу (на 10 тис. населення)	0,52335	0,55064	0,57975
6	Кількість лікарняних ліжок (на 10 тис. населення)	0,14072	0,03460	-0,07541
7	Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів (на 10 тис. населення)	-0,15019	-0,64728	-0,65977

n_1 – 25 областей України та міста Київ і Севастополь ; n_2 – кореляційний зв'язок за квінтільними (20%-ми) групами : 5 областей з найвищим показником середньої очікуваної тривалості життя при народженні та 5 – з найнижчим ; n_3 – квінтільний аналіз за винятком двох областей (Дніпропетровської та Харківської, де частка міського населення понад 70%).

Особливо виражена залежність виявлена при аналізі за квінтільними (20%) групами : 5 областей з найвищим показником середньої очікуваної тривалості життя та 5 – з найнижчим ($r=0,91064$). Дещо слабша залежність виявлена між тривалістю життя та кількістю середнього медичного персоналу в окремих регіонах України, але також прямий середньої сили кореляційний зв'язок ($r=0,55064$). Звертає на себе увагу той факт, що кількість лікарняних ліжок в регіоні не має істотного впливу на тривалість життя населення ($r=0,03460$).

Наведені дані вказують на те, що при скороченні кількості лікарів в Україні з розрахунку на 10 тис. населення необхідно враховувати їх значний вплив на стан громадського здоров'я в умовах недостатньо розвиненої системи профілактичної медицини та корекції факторів ризику захворювань.

Список використаних джерел

1. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу / за ред. Е.М.Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 2012. – 404 с.
2. Статистичний щорічник України за 2013 рік. За ред. О.Г. Осауленка. К.: ДССУ, 2014. – 534 с.
3. Ушакова О.І. Державна політика з подолання нерівності у сфері охорони громадського здоров'я: міжнародний досвід / О.І. Ушакова // Економіка та держава. – 2014. – №9. – С. 133-137.
4. World Health Statistics 2014. WHO : Global Health Observatory Data. – Geneva, 2014. – 170 p.

Н.В.Шигонська,

кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри «Сестринська справа»,
завідувач навчально-методичної
лабораторії КВНЗ «Житомирський
інститут медсестринства»

С.Д. Поплавська

кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри природничих та соціально-
гуманітарних дисциплін, завідувач
відділення «Сестринська справа»
КВНЗ «Житомирський інститут
медсестринства»

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В УКРАЇНІ

Постановка проблеми. Система професійної підготовки спеціалістів будь-якої ланки зазнає значних змін на сучасному етапі розвитку українського суспільства. Це зумовлено новітніми тенденціями як у законодавчій сфері організації навчального процесу так його методологічній основі.

Підготовка магістрів сестринської справи в Україні є явищем новим але таким, що підтвердило свою доцільність, актуальність та ефективність.

Метою даної роботи є визначення особливостей організації навчального процесу, спрямованого на формування кваліфікованого спеціаліста магістра сестринської справи.

Методологічну основу дослідження становить системний аналіз, логічне узагальнення та систематизація методичних основ організації навчально-виховного процесу в межах програми підготовки магістрів сестринської справи в Україні.

Результати та їх обговорення. Зміст та основні принципи підготовки магістрів сестринської справи в Україні детермінуються принципами гуманізму, демократизму, послідовності та науковості. Організація навчально-виховного процесу направлена на забезпечення формування інтелектуального, гармонійно-розвинутого фахівця здатного до саморозвитку, професійної мобільності на ринку праці.

Вимоги навчальної програми передбачають виконання дворічної програми шляхом очної підготовки. Вивчення всіх дисциплін завершується підсумковим модульним контролем. Цикл практичного навчання передбачає на першому році проведення практики з первинної медико-санітарної допомоги, на другому році навчання – клінічної та педагогічної практик.

Після вивчення всіх дисциплін та проходження циклу практичного навчання передбачено підготовку магістерської роботи та захист магістерської роботи.

Після завершення навчання магістри повинні здобути низку професійних знань та вмінь, а саме:

Знання і розуміння

- базові уявлення про основи психології, що сприяють забезпеченню комфортного психологічного мікроклімату в колективах структурних підрозділів медичного або навчального закладів, наукової установи;
- базові знання про менеджмент в охороні здоров'я, структуру управління в системі охорони здоров'я, управлінську роль керівника, управлінські рішення, науково-практичні підходи до підбору та розміщення управлінських кадрів;
- базові знання про інформаційне забезпечення управління, ліцензування та акредитацію в системі охорони здоров'я;
- базові знання про конфлікти, науково-практичні підходи до підбору та розміщення управлінських кадрів;
- базові знання про основні методи управління маркетингом, ринковий механізм функціонування системи охорони здоров'я, методику розрахунку вартості медичних послуг;
- базові знання про медичне страхування та його економічні аспекти, кошторис лікувального закладу;
- базові знання про вивчення показників діяльності лікувально-профілактичних закладів відповідно до нормативів;

-
- базові знання в галузі інформатики й сучасних інформаційних технологій;
 - базові знання з педагогіки вищої школи, необхідні для ефективного навчання майбутніх медичних сестер у медичних навчальних закладах та підвищення професійного рівня середнього і молодшого медичного персоналу лікувально-профілактичних установ;
 - базові знання основ офіційно-ділового, наукового, розмовного стилів української мови, що забезпечить професійне спілкування на належному мовному рівні;
 - володіння письмовою й усною комунікацією рідною мовою, однією з іноземних мов (іншими мовами);
 - володіння достатнім комплексом науково-обґрунтованих дослідницьких методів і методик, вміння проектувати і проводити дослідження в сфері сестринської справи;
 - організація менеджменту в медсестринстві та системі охорони здоров'я;
 - здійснення наукових досліджень з проблем медсестринства з метою подальшого упровадження результатів досліджень у практику догляду за хворими та у процес навчання медсестринських кадрів [1,3,4].

Висновки. Таким чином, існуюча система підготовки магістрів сестринської справи в Україні довела свою ефективність, що актуалізує питання подальшого впровадження ступеневої сестринської освіти відповідно до міжнародних стандартів

Ключові слова: магістр, медсестринство, професійна освіта.

Список використаних джерел

1. Сабадишин Р. О. Процес реформування медколеджів в інститути сестринської освіти має бути поступовим / Р. О. Сабадишин // Медичний вісник [Електронний ресурс]. – 2008. – Режим доступу : medvisnyk.org.ua/content/view/1614/33
2. Семенов О. Навчальна та наукова складові магістерської підготовки (на прикладі факультету української філології). / Олена Семенов. – Педагогіка. 2009. – № 2. С. 24-32.
3. Шатило В. Й. Удосконалення підготовки медичних сестер в Україні / В. Й. Шатило, В. З. Свиридюк, П. В. Яворський // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 3. – С. 93–96.
4. Шигонська Н. В. Моделювання комунікативних ситуацій – інноваційний метод при підготовці медичних сестер-магістрів до професійної взаємодії. // Магістр медсестринства № 1 – 2008 – С. 64-67.

П.В.Яворський,
доктор медичних наук,
проректор з практичної роботи
Житомирського інституту
медсестринства

ВПРОВАДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ МЕДСЕСТЕР, ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Розвиток медицини потребує зміни підходів до підготовки не лише лікарів, а й середнього медперсоналу. З “технічних” виконавців медичні сестри повинні перетворитися на повноправних партнерів сімейних лікарів, а це, в свою чергу, вимагає від них сучасних знань, навичок, усвідомлення нової ролі і відповідальності.

Медсестринська освіта в Україні вимагає реформування не тільки за формою, а й у своїй суті, адже назріла потреба наближення до реальних потреб практичної охорони здоров’я, підготовка медсестер до роботи в медичних закладах з різною організаційною структурою. Завдяки цьому вдасться сформувати розуміння того, що майбутнє кожного залежить від власної наполегливої праці упродовж усього життя, що синтез нових знань відбувається лише у творчому колективі, де моральність особистості виходить на перший план. Для повноцінного та якісного забезпечення галузі кадрами велике значення має державна політика, престиж професії в суспільстві та рівень матеріального забезпечення і соціального захисту фахівців. А вони одні з найнижчих у порівнянні з іншими професіями.

Так, заробіток медичної сестри, яка навчалася протягом двох або трьох років, можливо ще й за власні кошти, не набагато більший за прожитковий мінімум, але значно менший, ніж в інших категорій працюючих. Тим часом, медичні сестри ризикують одержати різноманітні захворювання. Найчастіше вони хворіють на туберкульоз, вірусні гепатити, професійні дерматози. Як свідчить статистика, число

професійних захворювань неухильно зростає, хоч офіційний облік є лише видимою частиною айсберга. Концепція здобування знань і умінь людиною протягом усього її професійного життя отримала назву безперервної професійної освіти і стала однією з основних доктрин організації і розвитку освіти в другій половині XX і початку XXI століття. Концепція безперервної освіти проголошує учбову діяльність людини як невід’ємний і природний складник його способу життя у всякому віці. Вона передбачає необхідність добудови освітніх сходів новими ступенями, розрахованими на всі періоди дорослого життя. Як основна мета безперервної освіти розглядується довічне збагачення творчого потенціалу особи. Безперервна освіта - це цілісний процес, що забезпечує поступальний розвиток творчого потенціалу особи і всестороннє збагачення її духовного світу. Він складається із ступенів спеціально організованого навчання, що послідовно підносяться, дають людині сприятливі для нього зміни соціального статусу. В центрі уваги ідеї безперервної освіти знаходиться сама людина, його особа, бажання і здібності, різносторонньому розвитку яких приділяється основна увага. Критерії концепції безперервної освіти: обхват освітою протягом всього життя людини; вертикальна інтеграція: послідовність між окремими етапами і рівнями освіти людини; “ув’язка” загальної, політехнічної і професійної освіти; відкритість, гнучкість системи освіти; різноманітність змісту, засобів і методик, часу і місця навчання; можливість вільного вибору дисциплін, що вивчаються; рівноправна оцінка і визнання освіти не по способах його отримання, а по фактичному результату; наявність механізмів стимулювання мотивації особи до навчання. Схема безперервного навчання підготовки фахівців для охорони здоров’я, яка базується на принципах єдиної безперервної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців, управління якістю їх підготовки, дистанційна освіта, органічному поєднанні клінічної, теоретичної і психологічної підготовки медичного персоналу до професійної діяльності. Впровадження зазначеної системи професійної безперервної підготовки фахівців для охорони здоров’я України сприятиме подальшій інтеграції вітчизняної вищої медичної освіти в сучасний європейський та світовий освітянський простір, що має велике значення для забезпечення належної підготовки медичних

кадрів. Корінна зміна парадигми «освіта на все життя» та «освіта через все життя» надає можливість фахівцям постійно удосконалювати свої професійні вміння, в тому числі завдяки залученню новітніх технологій навчання, максимально розкривати свої потенційні можливості та самореалізуватися. Саме життя, вимушує вчитися. Це, в свою чергу, сприятиме використанню в практиці саме тих досягнень медичної науки, які спроможні вирішити різноманітні актуальні медико-соціальні проблеми. Абсолютно впевнений, що саме формування «суспільства, що вчиться» є стратегічним напрямком нашого розвитку. Розвиток ступеневої медсестринської освіти в Україні та Житомирщині зокрема має на меті удосконалення первинної медико-санітарної допомоги та впровадження принципів сімейної медицини і передбачає послідовну підготовку молодшого спеціаліста, бакалавра, магістра, доктора сестринської справи, що максимально наблизить вітчизняне медсестринство до рівня міжнародних стандартів.

Необхідно відмітити, безперервність ступеневої освіти призведе до підвищення якості професійної підготовки фахівців, що призведе: по - перше – повсюдно запровадження в практику нових стандартів діяльності медичних сестер. Після їх впровадження почнуть здійснюватися заходи щодо атестації робочих місць медсестер відповідно до нових стандартів, буде забезпечена система контролю за якістю допомоги медсестри, що надається, вдосконалена практика проведення конкурсів професійно майстерність і система заохочень за участь в них. Крім того, Міністерство охорони здоров'я планує переглянути штатні нормативи і існуюче навантаження на сестринський персонал, систему оплати праці середніх медпрацівників.

В області згідно наказу Управління охорони здоров'я № 452 від 14.07.2010 року створена «Координаційна рада з питань безперервної післядипломної освіти практикуючих медсестер». Координаційна рада є дорадчим органом, який створено з метою узгодження зусиль практикуючих медсестер, бакалаврів, магістрів медсестринства, провідних викладачів, координації діяльності пов'язаної з підвищенням якості підготовки фахівців медсестринства. Ясно, що всі ці перетворення не настануть самі по собі, вони нереальні без значних зусиль в цьому напрямі медичній громадськості, всіх середніх медпрацівників,

керівників лікувальних закладів. Свого часу, у ХІХ столітті, Флоренс Нейтінгейл писала, що «сестра повинна мати потрібну кваліфікацію: душевну — для розуміння пацієнтів, наукову — для розуміння хвороби, технічну — для догляду за пацієнтом». У ХХІ столітті ми це нарешті усвідомили. Медичні сестри відчувають нагальну потребу в змінах — справа за лікарським та адміністративним персоналом. Стереотипи ламати нелегко, але треба.

Висновки: Питання реформування національних систем післявузівської підготовки потребує великої уваги, подальшої розробки економічних, соціальних, технологічних і педагогічних задач та уніфікації медицини відповідно до європейських традицій, національних особливостей та фахової специфіки. Саме запровадження стандарту освіти з магістратури зі спеціальності “Сестринська справа” надало можливість формувати медичну сестру ХХІ століття, здатну проводити наукову роботу в медсестринстві, надавати висококваліфіковану медичну допомогу, бути конкурентоздатною на національному та міжнародному ринках праці.

С.О.Ястремська,
кандидат біологічних наук, доцент,
директор навчально-наукового
інституту медсестринства ДВНЗ
«Тернопільський державний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України»

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР З ВИЩОЮ ОСВІТОЮ В УКРАЇНІ

На сучасному етапі в Україні формуються умови для підвищення ефективності і значущості середнього медичного персоналу в наданні медичної допомоги всім верствам населення. Згідно Закону України «Про освіту» від 11 червня 2008 та Постанови Кабінету Міністрів України №507 «Про перелік напрямів та спеціальностей за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями» – в Україні здійснюється підготовка медичних сестер за освітньо-кваліфікаційним рівнем - магістр сестринської справи [1,2].

На сьогодні за кордоном існує 5-ступенева система освіти медичних сестер: допоміжна або молодша медична сестра → дипломована (реєстрована – занесена до національного реєстру асоціації медичних сестер) медична сестра → медична сестра – бакалавр → магістр медсестринства → доктор філософії з медсестринства [4]. В Україні сьогодні реалізуються три ступені медсестринської освіти: дипломована медична сестра → медична сестра – бакалавр → магістр медсестринства [3]. В Україні немає 5-го рівня, оскільки не затверджена наукова спеціальність «Медсестринство». Тому для отримання наукового ступеня магістри за спеціальністю «Сестринська справа» повинні здобувати другу вищу освіту: педагога, психолога, менеджера тощо.

Ще в 1975 р. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендувала не використовувати лікарів для навчання медичних сестер [5].

Міжнародний досвід переконливо свідчить, що медичні сестри з вищою

освітою навчають майбутню медичну сестру основам догляду за хворими краще за лікарів. Тому поступова заміна тисячів лікарів-викладачів у медичних училищах і коледжах, у тому числі на посадах директорів, їх заступників, завідувачів відділень, тобто керівників всіх рівнів, медичними сестрами-магістрами є основною метою запровадження магістратури з медсестринства в Україні [6].

Сьогодні в Україні затверджена державна програма реформування медсестринства, згідно з якою розроблено освітню програму «Галузевий стандарт підготовки магістра-медсестри з вищою освітою».

На основі цього стандарту запроваджена магістратура з медсестринства, що надає медичним сестрам можливість отримувати повну вищу медсестринську освіту медсестри-педагога, медсестри-керівника високого рангу, медсестри-науковця.

Водночас процес реформування медсестринської галузі актуалізував низку невирішених проблем:

- створення системи підготовки науково-педагогічних кадрів із медсестринства (магістратура та докторантура);

- розробка системи управління якістю освіти у кожному ВМНЗ, здійснення моніторингу професійної компетентності педагогічних працівників;

- забезпечення навчального процесу необхідними кадровими, матеріально-технічними, інформаційними ресурсами, активне впровадження сучасних інформаційних та інноваційних освітніх технологій;

- запровадження Всеукраїнського реєстру медсестер та науково-педагогічних кадрів з медсестринства;

- затвердження наукової спеціальності “Медсестринство” та створення спеціалізованої вченої ради по захисту дисертацій за науковою спеціальністю “Медсестринство”.

Оскільки в освітньо-кваліфікаційній характеристиці магістра сестринської справи вказано, що фахівці освітньо-кваліфікаційного рівня магістр, напряму підготовки Медицина, яким присвоєно кваліфікацію 2230.1 науковий співробітник (сестринська справа, акушерство) здатні виконувати, наприклад, професійні роботи викладача вищого навчального закладу і можуть займати первинні посади викладачів вищого навчального закладу, виникла нагальна потреба затвердити право медичним сестрам з освітньо-кваліфікаційним рівнем магістра, які

працюють у вищих медичних навчальних закладах I-II рівня акредитації, викладати клінічні дисципліни для студентів спеціальності «Сестринська справа» освітньо-кваліфікаційних рівнів «молодший спеціаліст» і «бакалавр».

На сьогодні існує ряд чинників, які об'єктивно перешкоджають успішному реформуванню медсестринської справи, у т. ч. правові, організаційно-управлінські (практично відсутність організаторів сестринської справи, що володіють сучасними методами менеджменту і маркетингу, які здатні проводити експертизу якості і ефективності медсестринської допомоги у селах та містах), низька укомплектованість фахівцями-організаторами медсестринської справи з освітньо-кваліфікаційним рівнем магістра (часто вони призначаються на посади, які повинні комплектуватися медсестрами-молодшими спеціалістами та бакалаврами), високі показники роботи за сумісництвом, відсутність диференційованого навантаження і оплати праці фахівців, які мають різні рівні освіти, наприклад, головна медсестра з середньою спеціальною освітою і вищою медсестринською освітою. Тобто, не вирішено до кінця питання з працевлаштуванням медичних сестер з вищою освітою внаслідок відсутності законодавчої бази та занадто малим переліком посад для медсестер з вищою освітою. Практично відсутня моральна та матеріальна зацікавленість медичних сестер у вдосконаленні їх професійних знань та навичок. Наявність проблем при влаштуванні на роботу та адаптації молодих фахівців на робочому місці.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про вищу освіту» від 01 липня 2014 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
2. Постанова Кабінету Міністрів України № 787 «Про затвердження переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційними рівнями спеціаліста і магістра» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://rb.univ.kiev.ua/wp-content/uploads/2011/12/Postanova787.pdf>
3. Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature / L. A. Riesenberg, R. N. Leisch, J. Cunningham, M. Janet // Am. J. of Nursing. – 2010. – Vol. 110 (4). – P. 24–34.
4. Проблеми і перспективи розвитку медсестринства у світі і в Україні (історичний аспект та сучасність) / В. Й. Шатило, А. Г. Бутирський, О. В. Горай [та ін.] // Магістр медсестринства. – 2011. – № 2 (6). – С. 5–17
5. Hymes D. H. On communicative competence / D. H. Hymes. – Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1971. – 213 p.
6. В.Й. Шатило, В.З. Свиридюк, П.В. Яворський. Удосконалення підготовки медичних сестер в Україні / Україна. Здоров'я нації. - 2013. - № 3 (27). - С.93-95.

ЗМІСТ

- Т.П.Авраменко
3 **ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СИСТЕМНИХ ЗМІН В УКРАЇНІ**
- О.В. Балусва
7 **ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ І УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ**
- В.М.Бухта
11 **ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
- Д.М.Бухта
15 **ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**
- Н.О.Васюк
18 **КЕРІВНІ КАДРИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУТНІСТЬ ПОНЯТЬ**
- Б.О.Волос
24 **РЕОРГАНІЗАЦІЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**
- І.В.Гущук
28 **ДО ПИТАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я, В КОНТЕКСТІ “НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ПОБУДОВИ НОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ПЕРІОД 2015-2025”**
- Н.Г.Діденко
31 **ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ СЛУЖБ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ЄС**
- О.Л.Євмешкіна
34 **ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПРОФІЛЮ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ КЕРІВНИКА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
- В.М.Ждан, І.М.Скрипник, А.В.Марченко
37 **ПРОБЛЕМА КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В РОЗРІЗІ ЧАСУ**

-
- 40 С.П.Завгородня
**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ У
КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ “ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ”**
- 43 С.О.Кікіна
**ПРОБЛЕМИ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ТА ГАРАНТІЇ ДЕРЖАВИ НА
ЗАЙНЯТІСТЬ**
- 46 М.О.Кірова
**КАДРОВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ: ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ
ВИРШЕННЯ**
- 49 В.М.Князевич, Л.І.Жаліло
**ЄВРОПЕЙСЬКЕ СПРЯМУВАННЯ ЗМІСТУ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я**
- 54 О.Л.Корольчук
**ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМНИХ АСПЕКТІВ
КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В
УКРАЇНІ**
- 56 С.Л. Котенко
**ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ГАЛУЗІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
- 60 А.В. Купріяненко
**МЕДИЧНІ СЕСТРИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ
МЕДИЦИНИ ТА ЇХ РОЛЬ У РЕФОРМУВАННІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
- 63 Ю.В.Курилко
**ПРОБЛЕМИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ**
- 66 З.В. Лашкул
**ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В СУЧАСНИХ УМОВАХ**
- 70 О.Н.Литвинова, Н.Я.Панчишин, Ю.М.Петрашик
ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
- 74 Ю. С. Мазепа
**СТРАТЕГІЧНИЙ ПІДХІД ОЦІНКИ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПЕЙСЬКОМУ РЕГІОНІ**
- 77 В.А.Малюська
**СПІВПРАЦЯ ЦЕРКВИ І ДЕРЖАВИ В ПИТАННІ ПІДГОТОВКИ
ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
-

-
- 80 В.І. Мартюк
УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ В УКРАЇНІ
- 83 Л.А.Мельник
НАСЛІДКИ ЕМІГРАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДЛЯ УКРАЇНИ
- 86 Р.О.Моїсеєнко
СТАН КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПЕДІАТРИЧНИХ ТА РОДОПОМІЧНИХ ЗАКЛАДІВ
- 90 С.О.Москаленко
АКТУАЛЬНІСТЬ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИХ КАДРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, КОМПЕТЕНТНИХ У ПИТАННЯХ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ
- 93 І.В.Найда, Н.В. Бовтрук
ЦІННІСНО-ЦІЛЬОВИЙ ТА КОМПЕТЕНТНІСНИЙ ПІДХОДИ У ПІДГОТОВЦІ КЕРІВНИХ КАДРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ, МЕНЕДЖЕРІВ, ЛІДЕРІВ): СПІЛЬНІ РИСИ ТА ВІДМІННОСТІ
- 98 Т.М.Носуліч
КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ
- 101 О.М.Обозна
ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ У СФЕРІ РЕКРЕАЦІЇ ТА ОЗДОРОВЧОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ
- 104 О.М. Проніна, С.М. Совгира, С.І. Данильченко, М.М. Коптев
ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ОНОВЛЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ ДОДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ
- 107 В.О.Рогожин, О.П.Шармазанова, Д.С.Мечев, Ю.М.Коваленко, М.О.Бортний
ПРОБЛЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ
- 110 В.О.Рогожин, О.П.Шармазанова, Ю.М.Коваленко, В.М. Кметюк
ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ РЕНТГЕН-ЛАБОРАНТІВ ДЛЯ ВІДДІЛЕНЬ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ
- 113 І.В.Рожкова, Д.С.Гайдаш
КАДРОВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

-
- 117 І.І.Рябуха
**ДОСЛІДЖЕННЯ КАНАДСЬКОЇ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ
МЕДИЧНИХ СЕСТЕР І ВПРОВАДЖЕННЯ ЇЇ ЕЛЕМЕНТІВ
В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ У
ЖИТОМИРСЬКОМУ ІНСТИТУТІ МЕДСЕСТРИНСТВА**
- 119 В.В.Свиридюк
**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НАУКОВОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ
КОМПЕТЕНТНОСТІ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА**
- 121 В.З.Свиридюк
**ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ
ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ**
- 126 Т.В.Семигіна
**ПІДГОТОВКА СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДЛЯ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД І МОЖЛИВОСТІ
ДЛЯ УКРАЇНИ**
- 129 С.О.Сільченко
**ПРАВОВИЙ СТАТУС МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА:
ПЕРЕЗАВАНТАЖЕННЯ НЕМИНУЧЕ**
- 132 І.Г.Сурай
**ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК ОСНОВА ДЕРЖАВНОЇ
СЛУЖБИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
- 136 І.І.Тарасюк
**БІОСОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ
ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ СЕСТЕР**
- 140 Н.О.Теренда, Н.Я.Панчишин, К.С.Юріїв
КАДРОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЛІКАРІВ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ
- 142 О.І. Ушакова
**ОПТИМІЗАЦІЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ТА СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНАХ
УКРАЇНИ**
- 146 Н.В.Шигонська, С.Д. Поплавська
**ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ
СПРАВИ В УКРАЇНІ**
- 149 П.В.Яворський
**ВПРОВАДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ МЕДСЕСТЕР,
ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ**
- 153 С.О.Ястремська
**ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ
СЕСТЕР З ВИЩОЮ ОСВІТОЮ В УКРАЇНІ**

Наукове видання

**ЗАВДАННЯ ДЕРЖАВИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЕФЕКТИВНОЇ КАДРОВОЇ
ПОЛІТИКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Матеріали науково-практичної конференції
(Київ, 22 квітня 2015 р.)

Інформаційна підтримка:

Науково-практичний журнал “Медичне право”

Журнал “Інвестиції: практика та досвід”

Журнал “Економіка та держава”

Журнал “Агросвіт”

Електронне наукове фахове видання

“Державне управління: удосконалення та розвиток”

Електронне наукове фахове видання “Ефективна економіка”

Відповідальний за випуск А. Коваленко

Технічний редактор А. Коваленко

Підп. до друку 20.04.2015 р.

Формат 60x84/16. Папір офсетний.

Гарнітура Таймс Нью Роман. Друк – різнографія.

Ум. друк. арк. 9,41. Обл.-вид. арк. 11,3

Наклад 120 прим. Зам. №2004

Видавництво та друк ТОВ «ДКС центр».

м. Київ, пров. Куренівський 17.

Тел. (044) 537-14-34.

Свідоцтво ДК № 3457 від 08.04.2009 р.