

Є. Є. Латишев

УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМИ РЕСУРСАМИ ВІТЧИЗНЯНОЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ШЛЯХУ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

Науково-методичний центр сімейної медицини Укрмедпатентінформу
Міністерства охорони здоров'я України

Для дослідження проблем управління кадровими ресурсами та диференційованого підходу щодо вивчення світового інформаційного потоку розроблено логічний алгоритм огляду наукової літератури та схему її добору для аналізу, а саме: в контексті інтеграційного підходу до системи охорони здоров'я та з точки зору семіотики — науки, яка досліджує властивості знаків і знакових систем у суспільстві людей (рисунок).

Аналіз літературних джерел свідчить, що в світі немає універсальних систем охорони здоров'я, всі вони постійно реформуються та змінюються [1], а медичні кадри є головною, найбільш важливою частиною ресурсів охорони здоров'я будь-якої держави, які, зрештою, забезпечують результативність та ефективність діяльності як усієї системи охорони здоров'я в цілому, так і окремих її структур [2].

Ця теза визначає кадрову політику держави, є одним із пріоритетів в управлінні охороною здоров'я, де кадрова стратегія будується з урахуванням особливостей національної охорони здоров'я, оптимальних заходів управління персоналом і світового досвіду, що забезпечує ефективне функціонування кожної системи охорони здоров'я та раціональний розподіл кадрових ресурсів [3].

Слід зазначити, що при аналізі структури взаємостосунків

підсистем галузі охорони здоров'я України встановлено, що вона складається із компонентів, тісно пов'язаних з основним стратегічним ресурсом, а саме кадровим потенціалом.

Необхідно констатувати, що найбільшу частку поточних видатків у системі охорони здоров'я зазвичай становлять видатки на медичний персонал, що робить кадрові ресурси важливим економічним фактором, який слід брати до уваги при проведенні будь-яких реформ у системі надання медичної допомоги [4].

Аналіз літературних даних з проблеми дозволив встановити, що ефективність роботи галузі охорони здоров'я зрештою залежить від знань, вмінь

та мотивації людей, які відповідають за надання медичних послуг [3; 4].

Слід погодитися з авторами, що здоров'я населення є результатом діяльності не тільки галузі охорони здоров'я, а й інтегральним показником успішності функціонування держави, а забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою, покращання стану здоров'я суспільства взагалі і кожного громадянина зокрема — це головне завдання та основна мета глибоких перетворень будь-якої системи охорони здоров'я будь-якої держави, що передбачає також створення правових, економічних та організаційних умов надання медичних послуг, переорієнтації державної служби охорони здоров'я на



Рисунок. Семіотика галузі охорони здоров'я



запобігання захворюванням [5].

У свою чергу, якість і доступність медичної допомоги, як мінімум, залежать від розвитку мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення медичним персоналом, його кваліфікації та укомплектованості штатних посад.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у своїй доповіді про стан охорони здоров'я у світі в 2002 р. звертає увагу на необхідність регуляції співвідношення пропозицій та реальної потреби у медичних кадрах на ринку праці. На прикладі Китаю розглядається питання досягнення балансу існуючих кадрових ресурсів за рахунок зменшення квоти прийому до медичних навчальних закладів без закриття останніх, а завдяки збереженню коштів є можливість проводити перепідготовку існуючих медичних працівників за більш необхідними спеціальностями [5].

У стратегії ВООЗ «Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні» («Здоров'я-21») визначено, що до 2010 р. всі держави Європейського регіону повинні досягти того, щоб працівники охорони здоров'я а також інших секторів набули необхідних знань, навичок і умінь з питань захисту та охорони здоров'я. Виконання цього завдання передбачає таке:

- забезпечення навчання працівників охорони здоров'я на основі принципів політики «Здоров'я для всіх» та їх підготовку для оздоровчої, профілактичної, лікувальної та реабілітаційної допомоги високої якості і сприяння зближенню клінічної практики і практики громадської охорони здоров'я;

- наявність систем планування, які дозволяють забезпечити необхідну кількість та різноманітність представників медичних професій з урахуванням сучасних і майбутніх потреб медико-санітарних служб;

- наявність у всіх держав Європейського регіону необхідного потенціалу для спеціалізованої підготовки з питань управління і практики громадської охорони здоров'я [6].

На думку експертів Європейського Союзу, серйозним недоліком української системи охорони здоров'я є фрагментарність послуг, слабка функціональна, управлінська та фінансова інтеграція закладів охорони здоров'я. На жаль, такий тип інтеграції сфокусований не на потребах пацієнта, а на потребах системи як такої. В Україні гроші слідує не за пацієнтом, а за ресурсами: будівлями, обладнанням, штатами тощо. Криза вітчизняної охорони здоров'я як соціально-економічної сфери, зумовлена загальним економічним становищем і недосконалістю методів управління в умовах формування ринку медичних послуг [7].

Авторами проаналізовано причинно-наслідкові чинники кризового стану системи охорони здоров'я України [8], які мали місце протягом останніх років реформ у секторі охорони здоров'я:

- зменшення реальних видатків на охорону здоров'я через економічний спад;

- утримання урядами заробітної плати на низькому рівні, в деяких випадках — тривалі затримки з її виплатою, принаймні частково, як засіб зменшення видатків;

- ставка на більш працевитратні, ніж капіталовитратні підходи до надання послуг, які дозволяють підтримувати зайнятість, але не дають змоги підвищувати заробітну платню;

- зростання тиску з метою заміщення первинної медичної допомоги і профілактичних послуг більш дорогими видами спеціалізованої допомоги.

Наступною важливою проблемою системи охорони здоров'я в Україні є відсутність зв'язку між фінансуванням

лікувальних закладів і кінцевим результатом їх роботи. На основі недостовірних звітів про ліжко-дні, тривалість перебування на ліжку та кількість відвідувань розробляються нормативи, які регулюють ключові показники ресурсозабезпеченості галузі — кількість ліжок, медперсоналу, витрати на харчування і медикаментозне забезпечення одного пацієнта [7].

Крім того, недавно керівництво охороною здоров'я, як і іншими галузями, мало вертикально інтегрований принцип, і було організоване за монополістичною багаторівневою та централізованою лінійно-функціональною структурою. Управління здійснювалося на основі твердої форми організації із застосуванням адміністративних методів керування і міцних ієрархічних зв'язків. З прийняттям концепції формування ринкової економіки виникла практична необхідність переходу до децентралізованої та демократичної організації управління, що дозволяє уважно реагувати на умови зовнішнього середовища, вчасно виявляти об'єктивні тенденції і враховувати їх у процесі управління.

Автори стверджують, що керівник має бути здатний реагувати на зміни, які викликають швидкий технічний прогрес, складність нових економічних структур, зрушення професійних функцій лікарів, медсестер та інших медичних працівників; вплив соціальної сфери на здоров'я населення; зростання впливу споживачів медичних послуг [7].

Авторами визначено основні напрямки реформування галузі охорони здоров'я з позицій системного аналізу і вимог сучасного менеджменту:

- пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини;

- упорядкування мережі закладів первинної, вторинної



та третинної медико-санітарної допомоги;

— підготовка висококваліфікованих фахівців у галузі організації та управління охороною здоров'я;

— удосконалення системи медичної науки і освіти;

— здійснення заходів щодо децентралізації і роздержавлення медичних закладів шляхом їх автономізації та приватизації, сприяння індивідуальній лікарській практиці, створення умов для здорової конкуренції між медичними закладами і лікарями, яка сприятиме підвищенню доступності та якості медичної допомоги;

— поліпшення медичного обслуговування сільського населення;

— удосконалення форм і методів управління охороною здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях [9].

Відомо, що Україна сьогодні визначила шлях до євроінтеграції. На це спрямовано низку державних документів, підготовлених за останні півтора роки у медичній сфері, а саме: доручення Президента України від 05.01.04 № 1-1/22 «Здійснити заходи з реформування системи охорони здоров'я та поступового досягнення загальноєвропейського рівня соціального забезпечення і захисту населення», Стратегія економічного та соціального розвитку України «Шляхом європейської інтеграції», затверджена Указом Президента України від 28.04.04 № 493/2004, Програми діяльності Кабінету Міністрів України «Відкритість. Дієвість. Результативність» та «Послідовність. Ефективність. Відповідальність», затверджені Постановою Верховної Ради України від 16.03.04 р. № 1602-IV, які передбачають підвищення рівня підготовки кадрів і кадрового забезпечення, розвиток інституту сімейного лікаря тощо.

Автори відзначають, що на жаль в Україні останніми рока-

ми спостерігається зменшення трудових ресурсів, і станом на 1 січня 2004 р. загальна чисельність економічно активного населення віком 15–70 років за період з 1995 по 2003 рр. зменшилася на 2,9 млн осіб, або на 11,5 %, і становила 22,6 млн. Скорочення обсягів зайнятості відбувалося інтенсивніше у сільській місцевості (на 27,9 %) проти міської (на 7,8 %) [9].

Реформування відносин власності у секторі суспільного виробництва є основним чинником формування загальнодержавної тенденції щодо скорочення обсягів зайнятості населення за останні вісім років. На підприємствах, в установах та організаціях державної форми власності чисельність працівників за вказаний період скоротилася на 43,2 %, тимчасово як у приватному секторі економіки — зросла майже удвічі.

Скорочення найманої праці у державному секторі економіки супроводжувалося збільшенням чисельності працюючих у сфері самостійної зайнятості. Зокрема, чисельність зайнятих у цьому секторі з 1995 р. зросла майже удвічі, у 2002 р. вона становила 6,8 млн осіб [9].

З метою створення умов для функціонування служб охорони здоров'я необхідно об'єднати значний обсяг відповідних ресурсів, а саме: людські ресурси, капітал у формі матеріальних активів та витратні матеріали. Рішення щодо інвестицій і заходи для забезпечення належного співвідношення цих ресурсів мають життєво важливе значення для результативності роботи медичної системи охорони здоров'я.

З аналізу літературних даних встановлено, що між країнами Європейського регіону спостерігаються істотні розходження в рівнях забезпеченості ресурсами, що свідчить про відсутність повної ясності що-

до того, яким повинно бути економічно ефективно поєднання ресурсів, що виділяються на систему охорони здоров'я, а це, у свою чергу, позначається помітними коливаннями параметрів медичної практики як між країнами, так і у середині країн [5–7].

Держави — члени Європейського регіону — відрізняються між собою за кількістю та профілем лікарняних ліжок, чисельністю кадрових ресурсів та технологіями, які застосовуються. Наприклад, кількість лікарняних ліжок варіюється в межах від приблизно 100 на 100 тис. населення в Німеччині та Франції до 40 на 100 тис. населення в Португалії та Великій Британії. Показники середземноморських країн — членів ЄС — є значно нижчими від середньоєвропейських (23 та 30 ліжок на 100 тис. населення в Італії та Іспанії відповідно). Існує тенденція щодо зменшення кількості госпітальних ліжок, протягом 1990-х років цей показник скоротився в середньому на 20 % майже в усіх європейських країнах [5; 6].

Розбіжності в рівнях забезпеченості ресурсами ще більше посилюються, якщо врахувати ситуацію у східноєвропейських країнах. Наприклад, у нових незалежних державах (ННД) середня забезпеченість населення ліжками становить 140 на 100 тис. населення.

Разом з тим, такий потужний ліжковий фонд необов'язково свідчить про наявність більш доступної інфраструктури стаціонарів, оскільки в багатьох випадках більшість лікарняних ліжок не забезпечено умовами та засобами обслуговування, зокрема, не вистачає діагностичної апаратури і лікарських засобів або навіть можуть виникати перебої в роботі системи опалення та у забезпеченні продуктами харчування.



Наявний високий показник забезпеченості ліжками авто-рами пояснюється тим, що раніше розповсюдженою в багатьох країнах Центральної та Східної Європи (ЦСЄ) і ННД була практика виділення фінансових коштів залежно від ліжкового фонду і чисельності персоналу.

Аналіз основних тенденцій розвитку кадрових ресурсів, проведений ВООЗ, свідчить, що протягом останніх років багатьма країнами проводяться конкретні дії щодо розробки політики і планів формування кадрів системи охорони здоров'я. На жаль, на етапі планування багато країн, за звичаєм, орієнтуються лише на кількісні показники, не враховуючи вимоги професійної компетенції до кожної категорії медичних працівників.

Внаслідок непоміркованої кадрової політики в охороні здоров'я вже на початок 80-х років ХХ ст. в країнах з розвинутою ринковою економікою, в Латинській Америці та деяких країнах Азії виникли труднощі з працевлаштуванням лікарів. За даними Z. Bankowski (1987), у 1986 р. безробітними стали 45 тис. лікарів в Італії, 40 тис. — в Індії, 23 тис. — в Іспанії, 2,5 тис. — в Голландії [4].

Сучасна кадрова політика охорони здоров'я в багатьох країнах світу базується на спільній відповідальності як держави, так і суспільства, в тому числі й професійних медичних асоціацій.

Уряди цих країн наполягають на регулюванні, визначенні та задоволенні реальної потреби в кадрах охорони здоров'я, а також підтримці, направленні та контролі заходів у сфері навчання та підготовки кадрів і результативного використання їх суспільством. Політика спрямовується на задоволення потреби у кваліфікованих та досвідчених кадрах з урахуванням розвитку медичної науки та технології. Розвиток

кадрів охорони здоров'я базується на принципах рівного розподілу та розвитку можливостей забезпечення роботою. Процес управління розвитком кадрових ресурсів ґрунтується на розумінні необхідності міжсекторального співробітництва. Розвиток кадрів складається з елементів планування, підготовки та управління на різних рівнях [3].

Деякі автори стверджують, що реформа кадрової політики в сфері охорони здоров'я означає поліпшення підготовки медичних працівників, перерозподіл кадрового потенціалу з урахуванням сучасних соціально-економічних умов і реальних потреб регіонів, збільшення співвідношення «лікарі — медсестри» тощо [8, 10–17].

Багато країн Європейського Союзу вже завершують реформу систем охорони здоров'я і знаходяться на етапі перетворення своїх систем оплати праці. У цілому в Європейському регіоні спостерігається тенденція до конвергенції в рівні й структурі ресурсів, призначених для системи охорони здоров'я.

Деякі країни, переважно ЦСЄ і ННД, зіштовхуються з проблемами, пов'язаними не тільки з надлишком лікарняних ліжок та персоналу, але і з неефективною інфраструктурою, застарілим обладнанням і неможливістю оновити матеріальну базу через відсутність інвестиційної політики.

На думку авторів, така ситуація, так само як значна незбалансованість виділених ресурсів і дефіцит лікарських засобів й апаратури, не тільки підриває основи якісного медичного обслуговування, але й сприяє низькому моральному духу медичних працівників та відсутності серед них належної мотивації. Цілком погоджуємося з авторами, що гнучкість та удосконалений державний механізм керування людським капіталом є ключовими

складовими стратегії підвищення ефективності підбору персоналу та збереження робочої сили [18].

В результаті проведеного авторами аналізу управління кадровими ресурсами у деяких країнах світу встановлено таке:

— у США потреба у кадрах та підготовка кадрів визначаються відповідно до медичних ринкових відносин;

— у Канаді кадрова програма спрямована на управління кількістю, локалізацією та балансом фахівців із різних спеціальностей;

— у Німеччині визначається пріоритетне співвідношення на користь первинної ланки охорони здоров'я: 60 % лікарів загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) і 40 % лікарів-спеціалістів [3].

Країни ЦСЄ та ННД стикаються з багатьма проблемами дисбалансу медичних кадрів, а для визначення необхідного балансу у цих країнах використовується співвідношення кількості лікарів до кількості населення.

Встановлено, що серед країн Західної Європи мінімальний показник лікарі/населення становить 156 (Англія), максимальний — 408 (Іспанія), середній показник для Європейського Союзу — 318. У США — 253, в Японії — 177, а серед країн ЦСЄ (Болгарія, Угорщина, Словенія) — близько 318.

Серед 14 країн ННД цей показник у 9 країнах вищий, ніж у Європейському Союзі, найвищий в Україні — 429,3, найнижчий у Таджикистані — 210,9.

За висновками авторів, різниця у кількості медичних кадрів є результатом відмінностей структур систем охорони здоров'я та кадрової політики [1].

Слід відзначити, що до 40-х років ХХ ст. підготовка медичних кадрів у Радянському Союзі визначалася загальними темпами підготовки спеціалістів з вищою освітою та тією



питомою вагою медичних спеціалістів, що встановлювалася в межах загального ліміту прийому до вищих медичних навчальних закладів. Тільки з 40-х років розпочалися методологічні, а пізніше — й науково-дослідні розробки з проблем кадрового забезпечення.

Одним із перших наукових досліджень (Г. Я. Левин, 1941) було визначення потреби у лікарських кадрах. Потім було обґрунтовано нормативи кількості лікарських посад за окремими розділами охорони здоров'я (В. С. Никитский, 1946). Недоліками наведених досліджень було те, що нормативи потреби населення визначалися без зв'язку із захворюваністю або методики визначення потреби в лікарях і середніх медичних працівниках були механічно перенесені з конкретного закладу, району, міста на територію країни [2].

Слід констатувати, що вивчена нами періодична наукова література останніх років містить лише поодинокі публікації вітчизняних авторів, системні ж наукові дослідження із зазначених проблем взагалі відсутні.

Постійний аналіз складу і структури медичних кадрів, тенденцій у змінах їх чисельності, забезпечення ними населення, співвідношення між окремими категоріями, демографічної характеристики є основною інформаційною базою для визначення потреб у медичних кадрах, планування до- та післядипломної підготовки, організації атестації, вирішення низки управлінських питань.

Автори стверджують, що процес планування кадрів є важливим елементом розвитку охорони здоров'я в цілому, тому йому необхідна постійна політична, професійна та фінансова підтримка. Все частіше відмічається підхід до планування кадрів охорони здоров'я, який ґрунтується на відповідності розвитку кадрів

охорони здоров'я національним потребам і ресурсам, економічним реаліям суспільства, на регіональних планових показниках. Плани розвитку кадрів охорони здоров'я повинні враховувати соціально-економічні, демографічні, культурні фактори та етнічні особливості населення [3].

Що стосується перспективного планування медичних кадрів, то деякими авторами було запропоновано необхідні методологічні підходи, які враховували такі чинники, як зміну вікової структури населення, коливання рівня та структури захворюваності, розвиток спеціалізованої медичної допомоги, підвищення культурного рівня населення, розвиток медичних технологій тощо [2].

Автори наголошують, що професійна структура сектора охорони здоров'я визначається двома головними категоріями — лікарями і середніми медичними працівниками. Кількісне співвідношення між ними, структура їх спеціалізації, розподіл за статтю та віком, рівень підготовки і безперервне навчання, а також організація відповідного використання кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я є важливими проблемами, що викликають зацікавленість у спеціалістів з планування, навчання та підготовки кадрів, а також у адміністраторів [3; 19].

Багатьма авторами висловлюється думка, що є потреба у прийнятті негайних державних рішень щодо створення і забезпечення системи соціально-економічного стимулювання сестринського персоналу, відкриття можливостей для їх професійного росту, формування науково-обґрунтованих підходів до управління, планування, підготовки та використання сестринських кадрів, їх раціонального співвідношення та взаємодії з іншими працівниками охорони здоров'я [4; 12; 20; 21].

Інтегрування України в європейські структури потребує створення та реалізації моделі методологічних підходів на державному рівні та її підтримки на регіональному рівні, налагодження взаємовідносин з регіональним процесом управління кадровими ресурсами, які б відповідали принципам регіональної політики Європейського Союзу, сприяли становленню нових форм співпраці у форматі «центр — регіони», загальноновизнаній практиці внутрішнього міжрегіонального співробітництва та міжнародної співпраці територій.

Метою державної регіональної кадрової політики як складової стратегії реформування системи охорони здоров'я України є створення умов для динамічного, збалансованого розвитку кадрових ресурсів, усунення основних кадрових диспропорцій. Погоджуємося з авторами, що це має стати ключовим напрямом регіональної кадрової політики [9].

Зазначений підхід передбачає підвищення ролі та відповідальності місцевих органів влади за майбутнє системи охорони здоров'я регіону, необхідність пошуку нових інструментів стимулювання економічного розвитку, зокрема об'єднання зусиль місцевого бізнесу, громадськості, самоврядування та держави.

Існуюча передача багатьох управлінських повноважень надала регіонам можливість самостійної роботи для поліпшення ефективності управління системою охорони здоров'я, забезпечення якісного медичного обслуговування, зміцнення стану суспільного здоров'я [9].

На жаль, реформування системи місцевого та регіонального самоврядування поки що має дещо декларативний характер з точки зору бюджету. І більшість кроків щодо підвищення ролі місцевих рад в управлінні своїм бюджетом при-



звели швидше до виникнення непорозумінь, ніж до розв'язання цих проблем [22].

Регіональні особливості захворюваності населення ставлять перед органами управління і закладами охорони здоров'я специфічні для кожного регіону завдання, в тому числі й забезпеченості населення медичними працівниками [11].

Слід відзначити, що існує велика кількість чинників, які дестабілізують резистентність системи сільської служби охорони здоров'я. Суттєвим поштовхом до їх інтенсифікації, на думку вчених, стали норми Бюджетного Кодексу України, згідно з яким фінансування дільничних лікарень, сільських лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів повинно здійснюватися з бюджетів сільських і селищних рад, що значно зменшує адаптивні можливості даної ланки сільської служби охорони здоров'я [23].

На рівень забезпеченості населення регіонів України лікарями та медсестрами суттєво впливають різні чинники, а саме: наявність у регіоні вищого медичного навчального закладу III–IV рівня акредитації, кількість медичних навчальних закладів I–II рівнів акредитації, особливості соціально-економічного розвитку регіону, наявність розгалуженої мережі науково-дослідних установ, кількість санаторно-курортних закладів, рівень радіаційного забруднення території внаслідок чорнобильської катастрофи, кадрова політика місцевих органів охорони здоров'я [24].

За результатами проведених досліджень (Ю. В. Мельник, 2001) встановлено, що для ефективного використання лікарських кадрів потрібно впровадити системи прогнозування та моніторингу підготовки фахівців, реорганізувати існуючу систему розподілу кадрів з урахуванням

науково обґрунтованих потреб, забезпечити підготовку необхідної кількості сімейних лікарів [25].

Звертаючись до світового досвіду, слід відмітити, що ключовим моментом усунення диспропорції в розподілі лікарів є визначення співвідношення кількості фахівців загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ) до вузьких спеціалістів, яке кожна держава обирає згідно з власними потребами. Так, наприклад, кадрова політика Республіки Білорусь спрямована на підготовку у вищих медичних навчальних закладах переважно лікарів ЗПСМ, визначивши, що питома вага вузьких спеціалістів не повинна перебільшувати 25 % [26].

З ефективною роботою саме ПМСД, яка є першоосновою всієї системи медичної допомоги, і впровадженням сімейної медицини світовий медичний досвід пов'язує виконання складних завдань у сфері охорони здоров'я населення [27].

На думку експертів Світового банку, кількість лікарів у країнах ЦСЄ є занадто великою, а співвідношення лікарів та медсестер має бути істотно змінено на користь медсестер. У багатьох країнах лікарі виконують ту роботу, яка в інших країнах зазвичай виконується медсестрами, а в деяких країнах Західної Європи існує надмірна кількість кваліфікованих лікарів. З другого боку, в багатьох індустріальних країнах наявний дефіцит середнього медичного персоналу, а в країнах, що розвиваються, загалом бракує всіх категорій медичних працівників. Більшість країн світу за традицією надмірно забезпечені лікарями-спеціалістами, але відчувають брак послуг і кваліфікованого персоналу первинної ланки [13].

Диспропорції у розвитку первинної та спеціалізованої медичної допомоги зумовили

диспропорції в розподілі медичних кадрів:

— нерівномірний розподіл кадрів за професією/спеціальністю;

— географічний дисбаланс;

— диспропорції в кількості закладів і послуг;

— диспропорція в державному та приватному секторах;

— гендерний дисбаланс.

Деякі автори наголошують, що галузева медична наука, усередині якої серйозною проблемою також є кадрова, являє собою важливу складову частину охорони здоров'я і передбачає дослідження зв'язків між нагальними потребами галузі, можливостями її матеріально-технічного та кадрового забезпечення, вивчення наслідків практичного застосування результатів наукових розробок.

Причини незадовільної кадрової ситуації у науковій сфері пояснюються недостатнім впливом у науку молодих спеціалістів, якими, власне й поповнюється науковий контингент. Не менш важливим є вибуття з природних причин висококваліфікованих спеціалістів, а також внутрішня і зовнішня міграція. Крім того, недосконалість адекватного фінансування посилює вказані тенденції. У зв'язку з цим медична наука насамперед втрачає «золоту середину» свого інтелектуального ядра — зрілих, обдарованих, комунікабельних, лабільних та енергійних спеціалістів [28].

Тільки за 2003 р. серед докторів наук із системи Міністерства охорони здоров'я України вибуло 67 осіб, з яких 19 (28,4 %) у зв'язку з переходом на іншу роботу, 16 (23,8 %) — з виходом на пенсію, 20 (29,9 %) — зі смертю, 1 (1,5 %) — з виїздом за кордон. Серед кандидатів наук вибуло загалом 423 особи, з яких 82 (19,4 %) у зв'язку з переходом на іншу роботу, 84 (19,9 %) — з виходом на пенсію, 38 (9,0 %) — зі смертю, 9 (2,1 %) — з виїздом за кордон [29].



Узагальнюючи дані світового інформаційного потоку стосовно управління кадровими ресурсами, слід зазначити, що з метою подолання галузевих структурних дисбалансів, підтримки рівноваги медичної системи та успішного проведення реформ виникла потреба у науково обгрунтованому розв'язанні проблем медичних кадрів, а саме: ретельний розгляд основних аспектів кадрових ресурсів, таких як планування рівнів штатного забезпечення; удосконалення професійних навичок, безперервне навчання та ліцензування; мотиваційні стратегії та професійні відносини тощо, тобто обгрунтована нагальна необхідність перегляду концептуальних підходів щодо управління та перспективного планування кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я України.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Присенко В. Г.* Проблема формування систем здравоохранения и управления ими (научный обзор) // МРЖ. — 1999. — Р. 2. — № 1-2. — С. 23-34.
2. *Кузьменко М. М.* Медицинские кадры: научно-практические аспекты (современное состояние проблемы) // Проблемы соц. гигиены и история медицины. — 1996. — № 4. — С. 42-45.
3. *Подходы к определению стратегии кадровой политики в здравоохранении: международный опыт / О. П. Щепин, В. Б. Филатов, Я. Д. Погорелов и др.* // Там же. — 1998. — № 3. — С. 13-19.
4. *Перфильева Г. М.* Проблемы кадрового дисбаланса в здравоохранении и ее последствия // Там же. — 1996. — № 2. — С. 46-48.
5. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе.* Европейское региональное бюро ВОЗ. — Копенгаген, 2002. — 156 с.
6. *Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я.* Програма здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ (Здоров'я-21). — 1998. — 310 с.
7. *Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я.* Уроки для України / За заг. ред. В. Г. Черненка і В. М. Рудого. — К.: Академпрес, 2002. — 112 с.
8. *Прудюс П. Г.* Реформування охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 2. — С. 66-70.
9. *Стратегія економічного та соціального розвитку України на 2004–2015 рр.* «Шляхом європейської інтеграції». — К.: ІВЦ Держкомстату України, 2004. — 416 с.
10. *Подрушняк В. Б.* Методичні підходи до розробки довідника кваліфікаційних характеристик посад медичних працівників // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 1999. — № 1. — С. 168-170.
11. *Челелевська Л. А.* Регіональні особливості захворюваності населення України // Там же. — С. 23-25.
12. *Стан підготовки спеціалістів у галузі охорони громадського здоров'я в Україні та в світі: огляд / Ю. В. Вороненко, В. В. Глуховський, О. С. Коваленко та ін.* — К.: Сфера, 2003. — 86 с.
13. *До питання стосовно кадрової політики в охороні здоров'я / В. М. Пономаренко, Г. М. Москалець, В. Б. Подрушняк, Н. В. Якутович* // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2002. — № 4. — С. 82-85.
14. *Подрушняк В. Б.* Нормативне регулювання професійної підготовки та діяльності медичних кадрів // Там же. — 1999. — № 2. — С. 153-156.
15. *Johnston C. L., Herman P. K.* Restructuring implications for nursing administration education // J. Nursing adm. — 1995. — Vol. 25. — P. 12-13.
16. *Stringfield Y. N.* Strategies to meet the needs of re-entry registered students // ABNF journal. — 1994. — Vol. 5, N 3. — P. 84-85.
17. *Quinn Sh. Inc: Past and Present.* — Middlesex, England: Scutari Press, 1989. — 226 p.
18. *Аналіз можливостей перепрацевлаштування медичних працівників в Україні.* — К.: Академпрес, 2004. — 78 с.
19. *Капитоненко Н. А., Дьяченко В. Г.* К проблеме подготовки кадров // Проблемы соц. гигиены и история медицины. — 1996. — № 6. — С. 38-40.
20. *Сорокина Т. С., Лапещ О. П.* Высшее медицинское образование в США // Там же. — № 5. — С. 30-35.
21. *Вороненко Ю. В., Чернишенко Т. І.* Реформування медсестринської освіти в Україні // Медсестринство України. — 1998. — № 1. — С. 5-12.
22. *Литвинова О., Мисула І., Тиханська Т.* Економічні аспекти управління охороною здоров'я на базовому рівні // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 2. — С. 77-79.
23. *Пономаренко В. М., Бодак В. М.* Актуальні питання ставлення і інформаційного забезпечення процесів управління сільськими закладами ПМСД на засадах сімейної медицини // Там же. — 2002. — № 4. — С. 9-12.
24. *Пономаренко В. М., Москалець Г. М.* Забезпечення населення України медичними кадрами // Там же. — 2001. — № 4. — С. 77-85.
25. *Мельник Ю. В.* Кадровий потенціал галузі та шляхи підвищення ефективності його використання // Охорона здоров'я України. — 2001. — № 1. — С. 47-48.
26. *Состояние и проблемы обеспечения населения республики Беларусь медицинскими кадрами / Л. А. Соколовская, Н. Н. Пилипцевич, Т. А. Рогачева и др.* // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 1999. — № 1. — С. 3-7.
27. *Галієнко Л. І.* Характеристика основних особливостей реформи первинної медико-санітарної допомоги в нових незалежних державах // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 1999. — № 1. — С. 95-101.
28. *Медична наука в системі охорони здоров'я України: стан, проблеми і перспективи / Є. М. Горбань, Т. В. Єльниць, П. Р. Петрашенко, Г. Й. Близнюк-Ходоровська* // Там же. — 1999. — № 1. — С. 51-59.
29. *Медичні кадри системи МОЗ України 2002–2003 роки.* — К., 2004. — 54 с.

