



УДК 613.6-056.22

В. І. Журавель, В. Г. Присенко, В. Ц. Черномаз

## МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Одеський державний медичний університет

### **Постановка проблеми та її зв'язок з науково-практичними проблемами**

У світі існують різноманітні системи охорони здоров'я (СОЗ), вивчення досвіду яких може виявитися дуже корисним для будь-якої країни, у тому числі і для незалежної України або її конкретного регіону. Проте «...яким би прогресивним і передовим не був закордонний досвід, цінність його полягає не тільки в тому, щоб служити зразком для наслідування, але, головним чином, у тому, щоб бути ключем до аналізу власного досвіду і практики, вміти в них розібратися, одержати матеріал для порівнянь і зіставлень» [1, с. 6]. З цих позицій використання досвіду, накопиченого в ході цивілізації в сфері державного управління охорони здоров'я, є одним з найбільш важливих завдань на найближчу перспективу.

### **Аналіз останніх досліджень і публікацій з проблеми**

Універсальних систем охорони здоров'я у світі немає, тому вони постійно реформуються і видозмінюються. При аналізі вітчизняної та іноземної літератури [2–5] ми переконалися в тому, що спроєктувати якусь одну з них, наприклад

на південний регіон України, не вдасться внаслідок низки характерних місцевих рис: географічних і природно-кліматичних (міжнародний курорт), геополітичних і економічних (ключові позиції за деякими ознаками — морський порт, стратегічний міжнародний нафтопровід України), етнічних (багатонаціональність), демографічних (перевага міського населення над сільським, жіночого над чоловічим, висока питома вага пенсіонерів), медико-санітарних (епіднапруження внаслідок недостатнього водопостачання, ризик виникнення інфекційних хвороб), екологічних (зниження рекреаційного потенціалу курортів, забруднення зовнішнього середовища), психологічних (консерватизм мислення і нерішучість керівників СОЗ), культурних тощо.

Логічно знаходить підтвердження правило, що проблеми здоров'я населення мають не тільки соціальні, але й регіональні аспекти. При цьому сфера державної політики та управління відіграє вирішальну роль. За оцінкою експертів Міжнародного банку реконструкції і розвитку (1994), головна наша проблема — погана організація і управління галузю. Так, D. Rarker і W. Newbrander (1994) стверджують, що

44,0 % бюджетних ресурсів можна заощадити, поліпшивши систему управління [6].

Основою формування державної політики у галузі охорони здоров'я є положення Конституції України, де у статті 49 задекларовано: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності».

До цього слід додати, що Основами законодавства України про охорону здоров'я, прийнятими ще у 1992 р., встановлено, що основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України. Отже, у виконавчій владі поле діяльності у галузі охорони здоров'я суттєво обмежене, і створення ефективної СОЗ в Україні можливе лише за умови



наявності якісної, адекватної часу законодавчої бази.

У Центральній, Східній та Західній Європі, Північній Америці, в багатьох країнах, що розвиваються (тобто на будь-якому рівні розвитку), системи охорони здоров'я піддається реформуванню, тому що керовані системи «респонсивні» [7].

**Мета роботи** — обґрунтування підходів до реорганізаційних перетворень і управління системою охорони здоров'я України з урахуванням міжнародного досвіду та за ознаками державного регулювання і ринкової економіки.

### **Основні матеріали дослідження та їх обґрунтування**

Сучасні моделі охорони здоров'я, як правило, ґрунтуються на державному або соціальному страхуванні, або на поєднанні всіх видів страхування. Найважливішою рисою діючої в Україні системи медичної допомоги, за висновком Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України, є те, що вона формувалася як складова частина планової соціалістичної економіки, у якій економічний механізм охорони здоров'я зводився практично до прямого бюджетного фінансування — інші джерела фінансування навіть не розглядалися з ідеологічних причин, оскільки при соціалізмі надання медичної допомоги всім громадянам без винятку декларувалося безоплатно. На думку фахівців (Ю. І. Вітеренко, 2004), саме рецидив такого підходу і став основою для визначення у статті 49 Конституції України положення, відповідно до якого в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога повинна надаватися безоплатно, незалежно від фінансових можливостей як державних, так і місцевих органів самоврядування. Проте таке положення суперечить поло-

женню статті 95 тієї ж Конституції, в якій встановлено, що виключно законом про Державний бюджет визначаються будь-які видатки держави на загально-суспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків. Варто до цього ж зауважити, що тенденція до постійного зростання вартості медичного обслуговування робить проблематичним надання безоплатної медичної допомоги навіть населенню країн зі значно вищим рівнем економічного потенціалу, ніж Україна.

Чинна національна СОЗ може забезпечити медичну допомогу (МД) для всіх, але не дозволяє уникнути небезпеки надмірних витрат при поганій якості. Медичне страхування (МС) дає можливість домогтися високої якості медичного обслуговування, але не гарантує його для усіх за прийнятну плату. Тому оптимальним варіантом є поєднання системи національної служби охорони здоров'я (бюджетні асигнування) і системи соціального страхування (страхові фінансові ресурси).

Для створення дієздатної системи охорони здоров'я кожен регіон з урахуванням місцевих особливостей і специфіки повинен розробляти свої рішення за проблемами здоров'я населення (тобто його збереження, зміцнення та відновлення), що виникають у зв'язку з новими соціально-економічними умовами розвитку країни і галузі. При цьому керівники, які сьогодні є відповідальними за визначення політики діяльності галузі охорони здоров'я, не повинні заздальгідь віддавати перевагу приватно практикуючим лікарям або лікарям державного сектора. Про це свідчить міжнародний досвід. Так, для населення Західної Європи характерне одержання МД за нагальною потребою. Данія, Швеція, Великобританія (а з 1980 р. Греція, Італія, Португа-

лія й Іспанія) фінансують свої національні служби охорони здоров'я за рахунок оподаткування. У першій групі країн, а також в Нідерландах і Канаді, існують стабільні подушні внески на МД, що забезпечують безкоштовне і доступне лікування кожному громадянину. Міністерство галузі охорони здоров'я Канади розподіляє бюджет, визначає стратегію і політику охорони здоров'я, забезпечує максимум децентралізації і самостійності госпіталів за відсутності авторитарної вертикальної структури управління [8]. Варто наголосити, що система охорони здоров'я Канади має законодавчу базу, яка регламентує її діяльність.

Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург фінансують систему МД свого населення за рахунок коштів роботодавців і самих пацієнтів. У державах, що входять до Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР), на МД у середньому витрачається близько 7,5 % сукупного національного продукту. Таке становище потребує і належного управління. В усіх державах, крім Франції і США, витрати на охорону здоров'я цілком підконтрольні державі. Введення змішаного фінансування (державного і приватного) у таких країнах, як Ізраїль, Голландія, забезпечує дієвість і економічну ефективність служби охорони здоров'я, якість і доступність МД для населення. Однак будь-яка обрана форма фінансування (загальні оподаткування чи індивідуальна оплата пацієнтом свого лікування), національна СОЗ повинна, в остаточному підсумку, забезпечувати право кожної людини на одержання конституційно-гарантованого обсягу МД.

За матеріалами МОЗ України загальний обсяг видатків на охорону здоров'я у 2000 р. становив 4,3 млрд грн, 2001 р. — 5,4 млрд грн, 2002 р. —



6,5 млрд грн, 2003 р. — 8,0 млрд грн і в 2004-му — ≈ 8,9 млрд грн, тобто зі зростанням у 1,9 разу проти 2000 р. За планом на 2005 р. бюджетами (державним та місцевими) фінансування СОЗ України передбачено у розмірі понад 11 млрд грн, тобто питома вага видатків на охорону здоров'я відносно до ВВП за останні 4–5 років становила від 2,6 до 3,26 %, а до загального обсягу видатків Державного бюджету України — відповідно від 11,5 до 18,7 %. Це призвело до збільшення видатків на охорону здоров'я у розрахунку на одного жителя — з 89,3 грн у 2000 р. до 186,0 грн у 2004-му. Проте мінімум фінансування СОЗ за рекомендаціями ВООЗ повинна дорівнювати 8,6 % від ВВП.

Якщо в таких країнах, як Південна Корея, Швейцарія, США, вдається зберегти якість МД за рахунок постійного збільшення витрат, то для України масштаби державних витрат на охорону здоров'я неприйнятні через їхню надмірність. А переорієнтація державної економічної політики з адміністративної на ринкову тільки збільшує цю тривогу [9]. Ось чому до 1980 р. було прийнято вважати, що ринкові механізми, конкуренція і всі мікро-економічні фактори неприйнятні для медицини, і їх розглядали як такі, що суперечать медичній етиці. І цьому є пояснення — управління системами охорони здоров'я базувалося на фінансових стимулах, дотаціях.

Ми поділяємо точку зору про те, що можливості ринкових сил і приватизація в охороні здоров'я можуть працювати лише у певних межах. Зокрема, вони не можуть гарантувати споживачам доступність медичної допомоги і належне медичне обслуговування за цінами, що вони можуть собі дозволити. Отже, у процесі переходу від економіки, заснованої на централізованому плануванні, до ринкових форм

та механізмів господарювання держави (Україна, зокрема) мають подбати про те, щоб уникнути дорогих помилок, які вже були зроблені в західних країнах.

Надання пацієнту права вибору медичного закладу та лікаря приводить до підвищення якості та скорочення витрат внаслідок конкуренції. Однак на практиці цей підхід може призвести і до фінансової нерівності й економічної неефективності. Наприклад, у США прямі витрати на приватні служби однакові для усіх, незважаючи на величезну різницю в їх прибутках. Іншим фактором, що асоціюється з конкуренцією, є високі витрати на маркетинг поряд з витратами, які необхідні для одержання прибутків й утримання управлінського штату [10]. Конкуруючий ринок повинен гарантувати споживачу вільний вибір на основі його знань і досвіду. Це практично не стосується медицини, тому що знання споживача щодо здоров'я і медицини звичайно недостатні для прийняття ним обґрунтованого рішення [11].

Тому, перш ніж вдасться гарантувати якість медичної допомоги, буде потрібно не тільки реорганізувати чинну СОЗ, але і забезпечити значну політичну і соціально-фінансову стабільність.

Неодноразові спроби органів виконавчої влади України внести зміни в чинні систему та механізми фінансування були скасовані рішеннями Конституційного Суду України (у 1998 р. — постанова Уряду про впровадження деяких видів надання медичної допомоги на платній основі, у 2002 р. — створені в державних і комунальних установах охорони здоров'я фонди добровільної фінансової допомоги визнані такими, що суперечать конституційному положенню, а точніше як завуальовані спроби ввести часткову оплату за надання медичної допомоги).

Таким чином, є підстави стверджувати (Ю. І. Вітренко, 2004), що головною перешкодою на шляху удосконалення економічного механізму системи охорони здоров'я в Україні є конституційна норма, зафіксована в статті 49, і, отже, кардинальним способом усунення цієї перешкоди може стати внесення відповідних змін до Конституції України.

Довгі роки для багатьох країн прикладом успішного функціонування служб здоров'я була система охорони здоров'я Англії, де з 1919 р. уся діяльність у галузі профілактики та первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що фінансуються із громадсько-суспільних фондів, була об'єднана в єдину систему центрального і місцевого управління. З часом муніципальне керівництво на місцевому рівні одержувало усе більш широкі повноваження. Останнім часом реформи у Великобританії спрямовані до ринкової економіки з використанням кращого з двох альтернативних систем розподілу ресурсів — адміністративно-командної і ринкової, із централізованим моніторингом. При цьому місцеві органи охорони здоров'я надають допомогу приватно практикуючим лікарям. Конкуренція і укладання контрактів з лікарями загальної практики в лікарнях сприяли підвищенню ролі менеджерів.

Англіїці упевнені, що варто зберегти переваги національної СОЗ, яка фінансується на податковій основі (рівноправність, загальнодоступність і ефективна система контролю витрат), а також використовувати переваги децентралізованої системи, заснованої на ринкових відносинах, і це сприятиме посиленню принципу заохочення за більш ефективну роботу на мікрорівні. Підвищенню якості роботи медичних закладів і задоволенню потреб пацієнтів сприяє і розвинене самоврядування. Лі-



карні виходять з-під управлінського контролю регіональних органів охорони здоров'я і стають незалежними. Взаємини будуються на «відстані витягнутої руки»: заклади, як і раніше, належать державі, але мають більшу незалежність у керуванні власними справами [12], тобто з отриманням більшої свободи зростає і відповідальність медичного персоналу всіх рівнів за результати своєї діяльності.

Успішному реформуванню СОЗ Великобританії, у першу чергу, сприяли обставини, що відбулися в галузі управління, а сам процес змін жорстко контролювався з центру — департаменту регіональних органів охорони здоров'я.

Стосовно України є очевидним, що в ході безсистемних та нерішучих реорганізаційних процесів СОЗ також доводилося долати глибоко укорінені упередження більшості медичних працівників і посадовців від органів охорони здоров'я, які завжди визнавали тільки командну економіку і дуже сумнівалися в доречності ринкових механізмів у охороні здоров'я. Змінити відношення набагато складніше, і цей процес відбувається набагато повільніше, ніж зміна організаційних структур [12], тому питанням психології управління варто приділяти найпильнішу увагу.

Якщо для країн, що розвиваються, характерний процес зростання частки загальних витрат на охорону здоров'я, підвищення цін при звертанні в державні установи і зниження показників оборотності більшості системних ресурсів, то для таких країн, як Канада, Німеччина, Великобританія, США, Фінляндія, Швеція, можна констатувати два актуальних у даний час напрямки — децентралізацію в прийнятті рішень щодо використання ресурсів і стримування загальних витрат [13].

Заслуговує на увагу і той факт, що у звіті Всесвітнього

банку розвитку (1993) суто ринковий механізм ПМСД розглядався як не ефективний і не елітарний. Показовим у зв'язку з цим є досвід розвитку чилійської і китайської СОЗ. У Чилі система МД, орієнтована цілком у 70-х роках на ринковий сектор, на початку 90-х років через показники захворюваності та смертності, що збільшувалися, стала більш активною у державному секторі. Сьогодні відповідно до процесу формування багатокладної економіки в КНР йде процес багатокладності і в охороні здоров'я. Індивідуальна діяльність здійснюється під єдиним управлінням і контролем з боку держави. Тим же часом вона постійно обмежує своє втручання в економічне життя закладів і установ охорони здоров'я [14].

Для систем громадської охорони здоров'я деяких розвинутих країн Західної Європи, Північної Америки і Нової Зеландії важливим залишається елемент державного регулювання цієї сфери. Для України також «...цілісна система охорони здоров'я передбачає не регіональну, а єдину державну політику...» [15, с. 6], з чим важко не погодитися, але з обов'язковим урахуванням можливостей і особливостей її регіонів [6].

З досвіду Бельгії, Франції, Німеччини, Великобританії, США, Канади відомо, що системи соціального страхування забезпечують загальне охоплення обслуговуванням, фінансування служб і контроль за витратами, але характеризуються бюрократичною системою управління і провідною роллю уряду у визначенні політики в галузі охорони здоров'я.

Ми згодні з думкою М. М. Кузьменко і співавторів (1994), що механічне перенесення іноземного досвіду СОЗ із розвинутою ринковою економікою на наш ґрунт нереальне. Тим же часом ми переконані, що

кожна країна (Україна, зокрема, і її регіони) повинна розробляти свою власну СОЗ, ретельно вивчаючи при цьому різні системи охорони здоров'я і досвід їхньої діяльності, що може виявитися дуже сприятливим до соціально-економічних умов, які змінилися і в нашій державі.

Сьогодні стало вже очевидним, що найбільш прийнятним принципом створення дійсно ефективної СОЗ є поступове вдосконалювання і комбінування підходів державно-комунального і приватного секторів, а не бездумне руйнування чинної державної системи. Розвиток приватного сектора варто регулювати і контролювати.

Залишається тільки додати, що колишня СОЗ країн Східної і Центральної Європи забезпечувала загальне охоплення населення доступною МД і ґрунтувалася на ПМСД, якій у наші дні надається винятково важлива роль при реформуванні галузі в Україні.

Особливий інтерес викликає ідея реформування СОЗ у США, де демократи прагнуть до створення універсальної системи, яка б забезпечила повне відшкодування витрат на здоров'я усім американцям, а також контроль уряду за розподілом ресурсів на охорону здоров'я. Американці бачать додаткові джерела фінансування такої системи від нових податків на сигарети й алкогольні напої. Не менше важливим є подальше вдосконалення системи управління СОЗ, профілактика зловживань з боку медичного персоналу лікарень, компаній з виробництва медичного устаткування і фармацевтичних фірм.

При 14,0–17,0 % витрат на СОЗ і при фінансуванні на душу населення більше 2 тис. доларів Конгресу США пропонується план поліпшення роботи галузі, за яким:

— кожний громадянин США повинен мати можливість бути



забезпеченим за всіма профілями медицини;

— приймається єдина система розрахунків для всіх категорій застрахованих;

— вводиться економічна система, яка не дозволяла б підвищувати ціни для оплати меддопомоги;

— надається пацієнтам більше можливостей у виборі лікаря;

— уніфікується система оформлення (єдина форма), і щоб витрати тих, хто надає медичну послугу, чітко реєструвалися;

— підвищується відповідальність учасників системи (медперсоналу і пацієнтів).

Зміни в якості управління не можуть бути забезпечені без конкретної програми, яка повинна, наприклад, включати корисну інформацію з певного набору показників, які б і висвітлювали доступність системи МД для населення та задоволеність нею і т. д. Наявність стандартизованої інформації полегшить пацієнтам вибір медичного закладу, а медичним працівникам дасть змогу оцінити свої власні дії і стимулювати зусилля щодо поліпшення якості МД. Такий підхід слід оцінити як зразок комбінованого підходу у розв'язанні проблем здоров'я населення.

Відзначимо, що системи охорони здоров'я, засновані тільки на методах централізованого управління або винятково ринкових принципах, однаково не підходять для управління українською галуззю охорони здоров'я. Сьогодні управління варто розуміти як координування розвитку СОЗ, насамперед, з боку держави. Варто прагнути і до належного співвідношення центральної координації та децентралізованої участі, збалансованості управлінських механізмів у центрі та на місцях, з огляду при цьому на особливості регіону, а також реалізацію комплексної програми на основі оцінок нинішнього ста-

ну здоров'я населення. Досвід економічно розвинутих країн доводить, що орієнтація тільки на ринкові відносини, зменшення частки бюджетного фінансування лікувально-профілактичної діяльності здатні підірвати організаційно-економічні основи розвитку охорони здоров'я.

Отже, необхідно йти шляхом створення своєї національної СОЗ, принаймні на перехідний період до ринкової економіки, на засадах адаптації галузі до реальностей наукового управління за вимогами та підходами державного управління і сучасного менеджменту, а також його децентралізації. В свою чергу це не тільки припускає, але й посилює відповідальність як на державному, так і на регіональному (місцевому) рівнях за функціонування єдиної системи охорони здоров'я. Тому механізм державного регулювання системи охорони здоров'я повинна приділятися основна роль у нових соціально-економічних умовах розвитку нашої країни.

### Висновки

1. Сучасні моделі охорони здоров'я ґрунтуються на державному, приватному, соціальному або змішаному страхуванні. Механізм державного регулювання усіх без винятку систем охорони здоров'я є найважливішим.

2. Системи охорони здоров'я світу постійно реформуються і видозмінюються, а тому для суспільства обов'язкова доступна й адекватна інформація про необхідність змін з питань здоров'я з урахуванням національних і регіональних особливостей.

3. «Ринок здоров'я» можливий тільки у певних межах, що визначає необхідність єдиного управління і контролю з боку держави з обмеженням втручання останньої в економіку медичного закладу або установи, а тому для галузі охоро-

ни здоров'я оптимальним є поєднання централізованого і децентралізованого управління.

4. В якості базисних передумов реформування та успішного функціонування галузі повинні виступати державний контроль, законодавча база, економічна, політична і фінансова стабільність у країні.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Berwick R. M.* Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform // *Jama*. — 1994. — Vol. 272, N 10. — P. 797-802.

2. *Медик В. А.* Реформа системы здравоохранения в Новгородской области: основные результаты, перспективы // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. — 2001. — № 4. — С. 24-27.

3. *Минайчева Л. М.* Основные направления реформирования здравоохранения Республики Беларусь // *Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я: Матер. наук.-практ. конф. за міжнарод. участю 24–25 квітня 2002 року*. — Одеса, 2002. — С. 118-126.

4. *Салтман Р. Б., Фигейрас Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — С. 316-322.

5. *Marcia Angell.* The beginning of health care reform: the clinton-plan // *The New England Journal of Medicine*. — 1993. — Vol. 329, N 21. — P. 1569-1570.

6. *Rarker David è Newbrander William.* Как бороться с утечкой средств и неэкономичностью в секторе здравоохранения // *Всемирный форум здравоохранения*. — 1994. — Т. 15, № 2. — С. 5-10.

7. *Журавель В. И., Запорожан В. Н.* Менеджмент в системе медицинской помощи. — Одесса: ОДМУ, 2000. — 432 с.

8. *Некрасова Л. С.* Система здравоохранения Канады // *Медицина Украины*. — 1995. — № 3. — С. 10-11.

9. *Andrew Greese.* Глобальные тенденции в реформировании медико-санитарной помощи // *Всемирный форум здравоохранения*. — 1994. — Т. 15, № 4. — С. 5-9.

10. *Котлер Ф.* Основы маркетинга: Пер. с англ. — М.: Прогресс, 1991. — 734 с.



11. *Banoob S.* Privatization of health systems with care, a message to East Europe from western systems // *Zeitschrift fur Geslindheit-swissenschaften*. — 1993. — Bd. 2. — S. 130-136.

12. *Клайв Х. Сми.* Проведение реформ в системе здравоохранения Великобритании: результаты и уроки // *Проблемы соц. гигиены и*

*истории медицины*. — 1994. — № 3. — С. 37-45.

13. *Andrew Greese.* Глобальные тенденции в реформировании медико-санитарной помощи // *Всемирный форум здравоохранения*. — 1994. — Т. 15, № 4. — С. 5-9.

14. *Щепин О. П., Евсюков Ю. М.* Состояние здравоохранения и ход

*экологической реформы в Китае // Проблемы соц. гигиены и истории медицины*. — 1994. — № 3. — С. 32-37.

15. *Підаєв А. В.* Пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України*. — 2002. — № 4. — С. 5-8.

**УДК 614.2+61:331.108.2**

**Є. Є. Латишев**

## **КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ЩОДО ФОРМУВАННЯ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА МАКРОРІВНІ**

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

На думку світових експертів, сьогодні актуальними напрямками діяльності медичних систем щодо оптимізації кадрових ресурсів є такі, як зменшення кількості лікарів з вузькою спеціалізацією, зміцнення інституту лікарів сімейної практики, збільшення кількості медичних сестер та необхідність розширення кола їх професійних обов'язків, удосконалення стандартів підготовки медичних спеціалістів усіх категорій і, безумовно, основним інструментом щодо формування медичного персоналу є технологія його планування [1].

Крім того, із джерел наукової інформації відомо, що процес планування кадрів є важливим елементом розвитку охорони здоров'я будь-якої країни. В медичних системах світу все частіше відмічається підхід до планування медичних кадрів, який ґрунтується на відповідності розвитку кадрових ресурсів національним потребам та економічним реаліям суспільства, базується на регіональних планових показниках, враховуються також соціальні, демографічні, куль-

турні фактори та етнічні особливості населення [2; 3].

За висновками Дегейндт (2002), планування медичних кадрів повинно бути завданням держави, а сам процес спрямований на усунення дисбалансу в медичних кадрах, їх географічному розподілі, а також за медичними спеціальностями. Крім того, необхідно враховувати поточний рівень попиту на медичні кадри та категорії спеціалістів. Варто повторити, що надлишок лікарів, особливо лікарів-спеціалістів, як і накопичення лікарів і медичних сестер у містах — це основний недолік існуючих систем охорони здоров'я.

За результатами спеціальних досліджень встановлено, що для ефективного використання лікарських кадрів потрібно ввести системи прогнозування та моніторингу підготовки фахівців, реорганізувати існуючу систему розподілу кадрів з урахуванням науково обґрунтованих потреб, забезпечити підготовку необхідної кількості сімейних лікарів [4].

Слід додати, що відповідно до світового досвіду, ключовим моментом регулювання

диспропорції в розподілі лікарів є визначення поміркованого співвідношення кількості лікарів загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ), які є «каркасом» первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), до лікарів інших спеціальностей. 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 [5; 6].

Узагальнюючи дані світового інформаційного потоку стосовно планування кадрових ресурсів як однієї з технологій управління, слід зазначити, що в Україні виникла потреба у науково-обґрунтованому розв'язанні проблем перегляду концептуальних підходів щодо управління та перспективного планування кадрових ресурсів у ПМСД на засадах сімейної медицини.

Крім того, слід враховувати, що постійний аналіз кваліметричних та семантичних параметрів кадрових ресурсів ПМСД та закладів на засадах

