

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ,
ПРАВА ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Ступінь вищої освіти Магістр

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри

Тамара ЛОЗИНСЬКА

11 грудня 2023 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«Формування та розвиток управлінського капіталу в системі охорони здоров'я»**

виконав здобувач вищої освіти заочної форми навчання

Онбиш Андрій Леонідович

Керівник кваліфікаційної роботи

Олександр ГАЛИЧ

Полтава – 2023 року

ВСТУП

Актуальність теми. Метою державної політики у сфері охорони здоров'я є створення пацієнтоорієнтованої системи, яка зможе забезпечити всіх громадян України якісною медичною допомогою на рівні розвинених країн ЄС. Останніми роками, в період посилення фінансових та організаційно-структурних змін у системі охорони здоров'я та у зв'язку з її реформуванням, кадрова політика відіграє ключову роль. Проте сьогодні в системі охорони здоров'я України не вистачає висококваліфікованих, професійних керівних кадрів, які могли б не лише керувати закладом охорони здоров'я на високому рівні, а й розвивати галузь у цілому та впроваджувати системні зміни.

Причини низького рівня та низької якості підготовки лідерів у сфері охорони здоров'я полягають у недостатній увазі органів державної влади до підготовки лідерів; низьке фінансування; недосконалість програм підготовки лідерів у сфері охорони здоров'я тощо. Удосконалення менеджменту в галузі охорони здоров'я України залежить від формування нового типу менеджерів системи охорони здоров'я України, здатних успішно працювати в сучасній організаційно-правовій сфері, проводити стратегічний аналіз і прогнозувати в умовах постійних, часом кардинальних змін, забезпечення конкурентоспроможності та розвитку організації за будь-яких умов, прийняття ефективних управлінських рішень, оптимальне використання всіх видів наявних ресурсів, реалізація рівня відповідальності та створення умов для її забезпечення високого рівня якісного медичного обслуговування населення. Тому питання формування державної політики підготовки лідерів для системи охорони здоров'я в Україні є надзвичайно актуальним, що потребує застосування комплексного підходу, що потребує як галузевих знань, так і сучасних методів, засобів і механізмів формування та реалізації державна політика тощо.

Незважаючи на вищезазначене та багато інших наукових праць, теоретичні та практичні аспекти державного управління кадровою політикою

та підготовки медичних працівників у процесі європейської інтеграції та кадрових реформ в Україні вивчені недостатньо. Це дослідження було спричинене відсутністю теоретичних розробок, пов'язаних з цією проблемою.

Зв'язок роботи з науковими темами. Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавської державної аграрної академії за темою «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0117U003104, 2020-2026 рр.).

Мета і завдання дослідження. Мета кваліфікаційної роботи полягає в обґрунтуванні теоретичних засад та розробці практичних пропозицій щодо формування та розвитку управлінського капіталу в системі охорони здоров'я.

Відповідно до мети в роботі поставлено такі завдання:

- дослідити засади державного управління з підготовки управлінського капіталу у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати існуючий стан кадрового забезпечення охорони здоров'я в Україні;
- розкрити перспективи розвитку управлінського капіталу в системі охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження. Об'єктом дослідження виступає процес формування та розвитку управлінського капіталу в системі охорони здоров'я.

Предмет дослідження. Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі формування та розвитку управлінського капіталу в системі охорони здоров'я.

Методи дослідження. Методологічною та теоретичною основою дослідження є фундаментальні положення економічної теорії та теорії державного управління, а також наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених з питань економічного розвитку та кадрової політика у сфері охорони здоров'я. У роботі застосовано методи, що використовуються як на емпіричному, так і теоретичному рівнях, а саме: порівняльний аналіз; логіко-семантичний; історичний метод; аналізу та синтезу; системно-аналітичний; абстрактно-логічний.

Інформаційна база. Інформаційною базою слугували літературні джерела, довідково-нормативні матеріали та теоретичні напрацювання вітчизняних і зарубіжних вчених з питань формування та розвитку управлінського капіталу в системі охорони здоров'я, інформація з мережі Internet та особисті спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів. Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. До елементів наукової новизни можна віднести:

набуло подальшого розвитку:

окреслення професійної моделі фахівця з управління системою охорони здоров'я України;

узагальнення моделі професійної підготовки керівних кадрів системи охорони здоров'я України.

Практичне значення одержаних результатів. Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення і висновки дослідження розширюють межі наукового аналізу з досліджуваної теми, визначають напрями формування та розвитку управлінського капіталу в системі охорони здоров'я та можуть бути використані у практичній діяльності органів управління сферою охорони здоров'я й лікувальних закладах.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

Публікації. За результатами дослідження опубліковано тези:

– «Використання інноваційних технологій професійного навчання державних службовців», яку включено до матеріалів наукових досліджень молодих учених кафедри публічного управління та адміністрування «*ТЕРИТОРІЯ НАУКИ*». Випуск 1. Квітень 2023 р.

«Досвід організаційного забезпечення охорони здоров'я населення на місцевому рівні у Німеччині», яку включено до матеріалів III міжнародної науково-практичної конференції «*Місьцеве самоврядування в Україні та світі: теорія і практика*», 28 листопада 2023 р. Полтава : ПДАУ, 2023.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 65 сторінках друкованого тексту, робота містить 4 рисунків та 3 додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ З ПІДГОТОВКИ УПРАВЛІНСЬКОГО КАПІТАЛУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність поняття управлінського капіталу у сфері охорони здоров'я

Особливістю сучасного етапу соціально-економічного розвитку суспільства є процеси формування та розвитку людського капіталу, які, насамперед, потребують розвитку нових форм професійних систем управління. Саме менеджмент є певною домінуючою силою, яка формує дедалі вищий рівень людського капіталу. Ефективна управлінська діяльність створює інноваційний формат для активного формування інтелектуального капіталу, як основного фактору конкурентоспроможності сучасного розвитку. Фактично розробляється нова концепція розвитку процесів професіоналізації управлінської діяльності, яка покликана забезпечити ефективність управлінської освіти, науки і практики на основі їх системно-цілісної взаємодії. Основні джерела формування управлінського капіталу визначають їх вплив на сучасний розвиток суспільства, рисунок 1.1.

Концепція формування та розвитку управлінського капіталу визначається технічною специфікою сучасних проблем управління. Загальні процеси перегляду управлінської парадигми індустріального способу виробництва та формування нових поглядів на розвиток менеджменту в постіндустріальну епоху розвитку суспільства об'єктивно призводять до необхідності вивчення такої відносно нової категорії як «управлінський капітал». Оскільки система управління в більшості випадків має систему якісних показників ефективності та кількісних показників управлінської діяльності, виникають більш формальні та аналітичні моделі, що характеризують управлінську діяльність у певному ймовірному стані, які не дають повного та достатнього опису процесу управління.

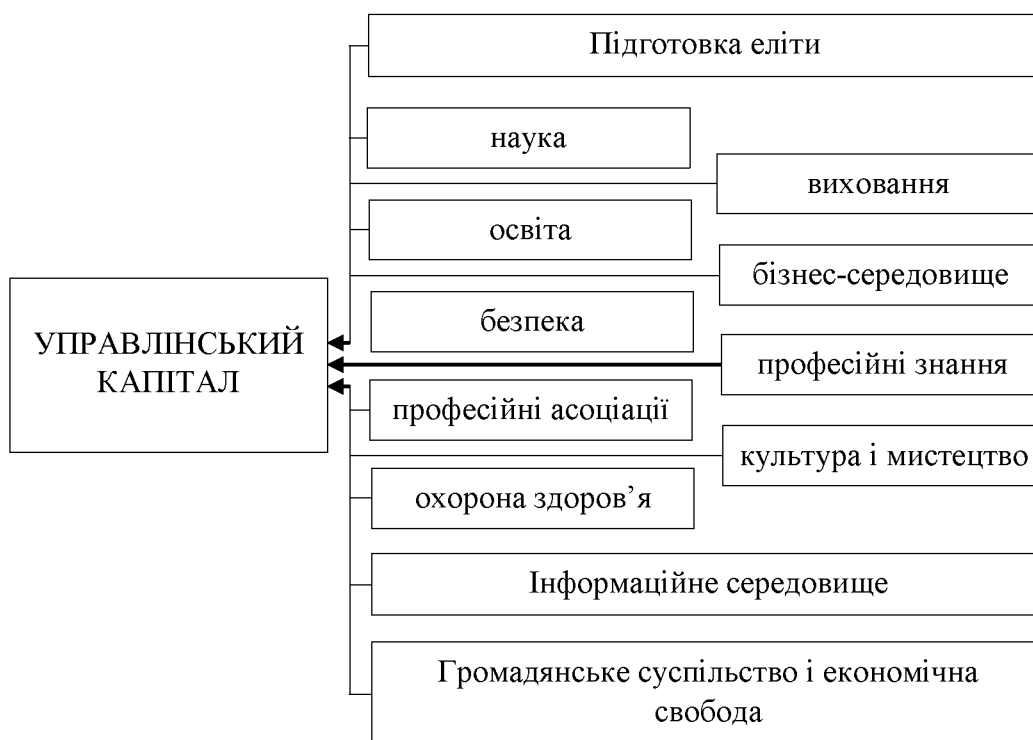


Рис. 1.1. Основні джерела формування управлінського капіталу [23, с. 8]

Тому відстеження процесів використання та відтворення системи управління як капіталу управління є дуже актуальним завданням науки управління. Однак необхідно також враховувати, що система управління ніколи не може бути повністю розрахована як, наприклад, фізичний або фінансовий капітал. І причиною цього, безумовно, є людський фактор і зростання інтелектуальних і творчих ресурсів управлінської діяльності.

Частина «дослідників менеджменту», які переконані, що управлінська діяльність як об'єкт управління може використовувати суттєві чинники діяльності, що процес управління може відбуватися навіть без присутності людей, наприклад з (а може, й не обов'язково). Повністю комп'ютеризоване виробництво, буде говорити про можливість повної кількісної оцінки технології управління, яка вже не може бути діяльністю, тому що немає людей. Але, як уже зазначалося, ми розглядаємо управлінську діяльність як щось, що базується на системі управління з «суб'єкт-об'єктною» взаємодією виключно людей.

Управлінський капітал – це відповідна якість системи управління. *Концепція управлінського капіталу* базується на розумінні того, що

управлінські знання, компетенції та професійний досвід менеджерів мають приносити результати (прибуток), що необхідно розробляти та використовувати механізми відтворення управлінського капіталу на розширеній основі з використанням інноваційних соціальних економічного зростання. Проблема використання та відтворення управлінського капіталу може бути вирішена не лише на рівні окремих організацій, ця проблема має ознаки національного та глобального значення. Тому програмам розвитку капіталу управління необхідно надати статус пріоритетних національних програм, які мають бути максимально інтегровані в систему міжнародного співробітництва. По суті, необхідно розробити механізми збереження та розвитку управлінського капіталу, відновити позитивні якісні ознаки та додати нові ознаки інноваційної моделі [23, с. 6-8].

Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок, що в *сфері охорони здоров'я управлінський капітал* – це професійно-інтелектуальна система взаємодії учасників процесу надання медичних послуг з метою вирішення проблеми або комплексу проблем соціально-економічного розвитку малих і великих організаційних структур, які мають базові ресурси, систему пріоритетних цілей, тощо чіткі механізми сталого соціально-економічного зростання. Можна сказати, що управлінський капітал реалізується через грамотну кадрову політику, спрямовану на командування, постійний розвиток висококваліфікованих кадрів, здатних монетизувати знання, вміння та професійні навички. Правильно побудована кадрова політика виглядає наступним чином:

- система принципів, форм і методів діяльності органів управління в рамках кадрової роботи, напрямків і їх практичної реалізації, спрямована на укомплектування компетентних державних службовців, створення умов для їх ефективної роботи і забезпечення їх соціального захисту, а також об'єктивна оцінка їх ефективності в процесі;

- ряд теоретичних знань, а також організаційних і практичних заходів, що вживаються державою для визначення й реалізації мети, характеру, принципів, цілей і методів роботи персоналу;

– загальний напрямок в роботі людських ресурсів, який визначається рядом основних принципів, які відображаються в рішеннях держави і відомства на певний період довгострокової або державної роботи.

Державна кадрова політика (де суб'єктом є держава) визначає місце та роль персоналу в суспільстві, мету, завдання, основні напрямки та принципи роботи персоналу державних структур, основні критерії їх оцінки та можливості вдосконалення освіти, перепідготовку та підвищення кваліфікації, раціональне використання людських ресурсів країни. Окремі гілки влади, міністерства, відомства та місцеві державні адміністрації розробляють власні кадрові програми та плани, але реалізують державну кадрову політику в рамках стратегії та тактики. За таких умов це може стати ефективним важелем державного впливу на економіку та політичне життя.

Зміст державної кадрової політики в нових умовах суттєво зміниться. З одного боку, воно звужується за змістом, а з іншого – розширюється за рахунок збільшення об'єктів впливу, збагачення та розвитку ролі місцевих самоврядів у роботі персоналу. Термін «кадрова політика» дуже важливий в управлінській практиці. Головне – різниця у підходах до його використання: деякі дослідники та практики знають про кадрову політику, встановлюють стратегію співпраці з працівниками кожної організації управління, своєрідну програму діяльності. Інші вважають, що кадрова політика ідентична особистій діяльності, тобто він має досить широкую інтерпретацію, включаючи роботу персоналу. Хоча між ними немає чіткої межі, вони не однакові за змістом та технологією впровадження, оскільки відображають різні фази та аспекти процесу управління персоналом.

Кадрова робота – це діяльність багатьох компаній у реалізації кадрової політики; це поєднання технологій, методів та механізмів її реалізації; це організовує роботу з працівниками. Кадрова політика як соціальне явище з багаторівневою структурою за змістом набагато всебічніша, ніж державна кадрова політика, об'єктом якої є держава, яка не може вирішити всіх кадрових проблем. Державну кадрову політику слід розуміти як державну

стратегію, як політичний курс на кадрове забезпечення на національному рівні, що виражає волю народу, як державну стратегію підготовки, розвитку та раціонального використання всіх трудових ресурсів компанії.

За змістом державна кадрова політика – це система цілей, пріоритетів та принципів офіційно визнаних державою в організації та регулюванні кадрових процесів та відносин. Ці принципи, у свою чергу, визначають основні критерії оцінки персоналу, можливості вдосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу та раціонального використання людських ресурсів у країні [17, с. 56].

Кадрова політика – це перш за все наука. Як науку її називають ідеями, принципами, критеріями, що відображають закономірності розвитку реальних кадрових процесів, сталих, постійних зв'язків і відносин, що надає їм певні якісні характеристики та визначає основні характеристики та принципи роботи з людськими ресурсами. При цьому державна кадрова політика суб'єктивна за формами, механізмами, проявами та технологіями реалізації, що часто визначається окремими суб'єктивними діями керівників, глав держав залежно від їх мислення. Державна кадрова політика спрямована на прогнозування та програмування майбутнього, визначає стратегічне бачення освіти, професійного розвитку та раціонального використання персоналу, а також усіх трудових ресурсів України, визначає цілі та пріоритети кадрової діяльності.

Сучасна кадрова політика спрямована на функціонування ефективних механізмів соціального суспільства для відбору та оптимального розподілу людських ресурсів з метою формування організаційно-економічної та культурної еліти, що відповідає встановленим умовам та цілям соціального розвитку. Думка вчених, які стверджують, що політика державних кадрів, про яку було сказано вище, повинна формулюватися відповідно до вже встановлених організаційних принципів доктрини державних кадрів, а саме: підбір персоналу відповідно до ділових, професійних та моральних якостей на основі всебічної та об'єктивної оцінки; рівність та відкритість усіх

працівників, якщо вони мають знання та кваліфікацію відповідного спеціаліста; вирішувати всі кадрові питання демократично та публічно; кадри є частиною державної кадрової політики. Людські ресурси – відновлення людських ресурсів, ключовий елемент управління людськими ресурсами, є необхідним фактором досягнення цілей соціального розвитку. Персонал повинен відповідати певним вимогам, а саме: достатня гнучкість для реагування на кадрові потреби та обов'язки держави та суспільства; дотримуватися принципів високого професіоналізму та компетентності персоналу; сприяння чесності та ефективності у професійній діяльності; не будь упередженим; будьте простими та продуктивними на роботі тощо.

Забезпечення кадрами місцевого самоврядування – це складний та різноманітний процес кадрового забезпечення, спрямований на освіту, розвиток та раціональне розкриття працівників місцевого самоврядування. Призначення до місцевого самоврядування є важливим елементом управління людськими ресурсами. Існує кілька ключових вимог, яким повинна відповідати система кадрового забезпечення місцевого самоврядування, щоб бути продуктивною: гнучкість у задоволенні потреб у персоналі; визнання принципів, що забезпечують високий рівень компетентності служби в органах місцевого самоврядування; відповідати вимогам справедливості та законності адміністративного процесу. Основним завданням підбору персоналу місцевого самоврядування є визначення кандидатів на посади в органах місцевого самоврядування серед представників інших сфер діяльності. У зв'язку з цим особлива увага приділяється залученню найкращих кандидатів для кожної посади, їхньому конкурсному відбору та забезпеченню просування працівників виключно на основі їх заслуг. Важливою частиною кадрового забезпечення є підвищення чи призначення посадових осіб на керівні посади.

Забезпечення кадрами державних установ – це низка заходів, спрямованих на пошук, оцінку та побудову заздалегідь запланованих відносин із працівниками як для подальшого просування по кар'єрних сходах, так і для набору нових тимчасових або постійних співробітників. Забезпечення кадрами

як невід’ємна частина кадрової політики галузі – це справді багатофункціональна концепція, яка визначає зміст юридичних, організаційних, основних компонентів діяльності базової системи професійної підготовки фахівців відповідних предметних областей, післядипломної освіти та навчання як умови, які повинні мати постійний професійний розвиток.

Немає сумнівів щодо сказаного академіком В.І. Луговим, – прогнозування та підготовка персоналу, стратегічне бачення освіти, підготовки та раціонального використання всієї робочої сили в Україні є головними цілями державної кадрової політики [26, с. 3].

Аналіз наукових робіт українських дослідників показує, що у галузі охорони здоров’я існують поняття «спеціаліст з управління охороною здоров’я населення», «менеджер з охорони здоров’я», «керівник медичного закладу». На перший погляд, ці поняття дуже схожі між собою, але після вивчення їх значення ми виявляємо деякі відмінності, а саме:

– спеціаліст з управління охороною здоров’я населення – це державний службовець, як правило, професійний лікар, який займає державну посаду у сфері охорони здоров’я (наприклад, очолює районне управління або працює в регіональному управлінні охорони здоров’я).

– менеджер з охорони здоров’я – працівник сфери охорони здоров’я який в першу чергу не є державним чиновником, часто не лікарем, який працює або управляє закладом охорони здоров’я та виконує договірні роботи для виконання замовлення. Зазвичай такий менеджер може пройти юридичну або економічну підготовку;

– керівник медичного закладу – це керівник технологічного профілю, який здійснює загальне керівництво певними медико-технічними процесами, координує дії окремих відділень та об’єднує зусилля колективу для досягнення мети та досягнення високих результатів [3, с. 3].

Одним із пріоритетних напрямків процесу формування кадрової політики в Україні слід вважати об’єктивізацію відбору керівних посад. В Україні професіоналізм визначає успіх чи провал медичного закладу,

виживання чи ні – як галузі в цілому, в нових умовах нашої країни в сучасній ринковій економіці. Професіоналізм – це, перш за все, здатність державного службовця, колективу державних службовців визначати найбільш ефективні шляхи та засоби виконання покладених на них завдань у контексті нормативного визначення повноважень з урахуванням умов та реальних можливостей. Високий професіоналізм – одна з найбажаніших і найважливіших якостей сучасного керівника.

Професіонала можна розглядати як працівника, який успішно вирішує проблеми відповідно до професійної відповідальності; є ефективним та має мотивацію до роботи; задоволений роботою; досягає бажаних результатів для суспільства, через виконання своїх функцій; використовує сучасні технології; займається вивченням норм, стандартів професії (нормативні критерії); здійснює виконання професійних обов'язків, розвиток особистості; постійно працює над тим, щоб досягти необхідних професійних якостей, знань та навичок на професійному рівні; він є відкритим для професійного навчання, набуття досвіду, внесення змін; соціально активний; присвячує всього себе улюбленій професії; відвертий і завжди готовий до якісної та кількісної оцінки власної роботи тощо.

Таким чином, можна погодитися з В.М. Сороко в тому, що суть ефективного кадрового забезпечення органів державної служби полягає не у визначенні, які знання, навички та якості необхідні для виконання роботи державного службовця, а в тому, які знання, навички та професіоналізм повинні мати успішні та продуктивні державні службовці, як важливі природні чи набуті особисті якості [58].

Виходячи з вищезазначених цілей державної кадрової політики, основними цілями кадрової політики української системи охорони здоров'я, яка включає низку національних рішень або зобов'язань щодо забезпечення галузі висококваліфікованими медичними спеціалістами, медичними, кадровими, політичними, економічними, правовими та науковими методами та критеріями, є:

- створення оптимальної професійної та ефективної організаційно-кадрової структури медичних служб у галузі охорони здоров'я;
- залучення найбільш досвідчених фахівців у галузі реформування охорони здоров'я та створення національної результативної системи охорони здоров'я;
- укомплектування медичних закладів ініціативним та компетентним персоналом, який знається й розуміється на необхідності якісних та структурних змін у медичних послугах та може їх здійснити;
- забезпечення постійного вдосконалення та оновлення структури галузевого персоналу, підвищення професіоналізму та відповідальності керівництва української системи охорони здоров'я.

Отже, на цьому етапі існує низка проблемних питань та завдань, які стосуються державної кадрової політики загалом та мають відповідний вплив на функціонування системи охорони здоров'я.

1.2. Соціально-економічні аспекти кадрової політики у сфері охорони здоров'я

Якість та доступність медичних послуг для населення країни залежить від рівня медичних закладів та їх професійного рівня. Реалізація ефективної політики у галузі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування системи охорони здоров'я. Складовими частинами успіху у розробці медицини в будь-якій країні є професійна підготовка, спеціалісти та практична робота.

Більшість лікарів та медсестер працюють у закладах державного сектору, тобто в адміністративному управлінні Міністерства охорони здоров'я України чи інших міністерств та відомств. Лише десята частина лікарів (переважно стоматологи та дерматовенерологи) та 4% медсестер працюють у приватних структурах на своєму основному робочому місці. Водночас частка

медичного персоналу в приватному секторі збільшиться у 2018-2022 рр.

Кадрова криза в основному стосується фельдшерів, а не лікарів. Щорічний темп приросту медсестер переважно негативний. 2022 р. знаменує собою переломний момент у динаміці робочої сили в галузі охорони здоров'я, оскільки прискорюється зменшення кількості лікарів, медсестер, фельдшерів та акушерок. Співвідношення кількості медсестер до лікарів в Україні падає, особливо через негативний темп зростання кількості медсестер, і є нижчим за європейський показник.

Географічний розподіл щільності лікарів та медсестер нерівномірний. Низька щільність лікарів та медсестер спостерігалася в Закарпатській, Київській, Херсонській, Миколаївській, Луганській та Донецькій областях. У загальній структурі медичної допомоги спостерігається надлишок людських ресурсів у системі спеціальної медичної допомоги. Четверо з п'яти лікарів – спеціалісти. Частка спеціалістів перевищує середньоєвропейську (4,5 спеціаліста на сімейного лікаря в Україні, 3:1 в ЄС).

Існує дисбаланс між стаціонарною та амбулаторною допомогою. Лише третина штатних лікарів та приблизно чверть штатних медсестер належать до амбулаторних лікарень, решта – до стаціонарів. В ЄС співвідношення стаціонарних та амбулаторних посад лікарів та медсестер є більш рівномірним (приблизно половина посад у лікарнях). Лікар загальної практики – кількість лікарів загальної практики збільшується головним чином завдяки підготовці дільничних лікарів та педіатрів. Співвідношення первинного та спеціалізованого медичного персоналу залишається стабільним. Серед медичних спеціалістів чверть спеціальностей – це акушери-гінекологи, лікарняні терапевти, анестезіологи, хірурги, неврологи, лікарні-педіатри, рентгенологи, ортопеди-травматологи, офтальмологи, психіатри та отоларингологи. Порівняно з ЄС, в Україні більше акушерів, хірургів, гінекологів, дерматологів та онкологів, але менше анестезіологів, кардіологів, рентгенологів та психіатрів [51].

В динаміці щільність лікарів швидкої допомоги і стоматологів значно

знижується. Недавня динаміка щільності з 2018 р. має позитивну тенденцію до зростання серед стажистів. За цей час щільність лаборантів і лікарів в гігієнічній групі істотно не змінилася. Гендерний дисбаланс характерний як для лікарів (дві третини – жінки), так і для медсестер (більше 90% – жінки). Продовження роботи медичного персоналу після досягнення пенсійного віку є нормальним явищем. Чверть лікарів і понад 10% медсестер виходять на пенсію. На початку 2022 р. тільки 12% середнього медичного персоналу і 5% лікарів працювали в сільській місцевості, хоча на селі проживає близько третини населення. Розподіл медперсоналу за статевими ознаками й типом населеного пункту істотно не змінилося з 1993 р. Частка людей пенсійного віку в середовищі лікарів та медперсоналу збільшувалася до 2011 р., після чого залишалася стабільною.

Кількість лікарів менше, ніж в середнього медичного медперсоналу (від 88,0% до 92,6%). У той же час статистика, що лежить в основі існуючої системи охорони здоров'я, яка ще не була повністю реформована, не відображає брак медичних працівників, оскільки установи охорони здоров'я державного сектора (які не є муніципальними некомерційними організаціями) не раціоналізують людські ресурси системи охорони здоров'я відповідно до потреб пацієнтів. Як з точки зору регіонального виміру, так і з точки зору спеціальності, співвідношення між чисельністю населення і рівнем зайнятості обернено пропорційно. Це говорить про те, що кадрові питання часто вирішуються власними силами, а не за рахунок залучення нових медичних працівників.

Кадрів студентського резерву, які навчаються на спеціальностях «Медицина» та «Сестринська справа», недостатньо для заміни медичного персоналу пенсійного віку. На одного студента медичних вузів і академій припадає близько трьох лікарів-пенсіонерів, а на здобувачів вищої освіти спеціалізації «Медсестри» – чотири працюючих пенсіонера з числа медсестер. Протягом 2018-2022 рр. кількість здобувачів вищої освіти по медсестринській спеціальності, що включає програми навчання медсестер, фельдшерів і

акушерок, щорічно зменшувалася. Серед студентів-медиків такої тенденції немає. У той же час зростає попит на підтвердження документів про освіту з боку медичних академій (університетів) і навчальних закладів післядипломної освіти, що побічно вказує на намір емігрувати за кордон [55, с. 183].

Не було проведено національної оцінки потреб та попиту на медичний персонал, особливо лікарів та медсестер. Це ускладнює стратегічне планування людських ресурсів у галузі охорони здоров'я. Основний тягар захворювань в Україні пов'язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками, що вимагає збільшення та розширення кількості лікарів та медсестер на первинному рівні. В даний час максимальна кількість ресурсів орієнтована на рівень спеціалізованої допомоги. Розширення ролі первинної медичної допомоги співпадає з національною реформою первинної медико-санітарної допомоги в Україні. Крім того, національні концепції екстреної допомоги, неінфекційних захворювань, психічного здоров'я та громадського здоров'я покладають додаткові функціональні обов'язки на лікарів, які займаються лікуванням венеричних захворювань, але їх знання та навички несумісні з цими функціональними обов'язками.

Якість медичних послуг оцінюється гірше, ніж задоволеність пацієнтами медичним персоналом. Як в амбулаторній, так і в стаціонарній допомозі, основними аспектами невдоволення є проблеми інфраструктури, а не медичний персонал. Довіра громадськості до досвіду медичного персоналу дуже низька. Згідно з національними опитуваннями, задоволеність медичними послугами зростає у 2020 р. вперше за п'ять років. Кожен п'ятий вважає, що за останні два роки якість послуг охорони здоров'я в Україні покращилася, що становить десятю частину минулого. Задоволеність медичним персоналом сильно варіюється залежно від регіону та спеціальності. Однак у всіх регіонах задоволеність лікарями загальної практики вища, ніж щодо вузьких спеціалістів [23, с. 92].

Існуюче нормативне регулювання щодо закладів охорони здоров'я державного сектору, яке не є реорганізованим комунальним некомерційним

підприємством, дозволяє планувати та раціоналізувати кадрові ресурси системи охорони здоров'я, незважаючи на закінчення строку дії Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». Керівники таких закладів охорони здоров'я можуть змінювати персонал закладу лише в рамках бюджету статті надбавок та резервів. Оскільки планування кадрових ресурсів системи охорони здоров'я обмежене, а товарообіг низький, реального ринку медичного персоналу немає. Основна вимога – це номінальна відповідність посиленням на кваліфікацію професії та стандартним посадовим інструкціям, а не наявність реальних навичок. Успішний набір в основному здійснюється знайомими та колегами, а не з офіційних джерел: бюро зайнятості, служби персоналу, публікація оголошень тощо.

Взагалі, медичні заклади в медичній галузі отримують мінімальне обладнання медичних приладів та апаратів, необхідних для виконання своїх професійних завдань. З іншого боку, недостатньо задовольнити професійні навички медичного персоналу високотехнологічним обладнанням і повністю відповідати вимогам клінічних протоколів надання медичної допомоги у спеціалізованих областях. Медичні працівники недостатньо інформовані про свої заходи соціального захисту на робочому місці, що негативно впливає на задоволеність умовами праці. Проблема ефективного захисту медичного персоналу від відвідувачів або пацієнтів від незаконних чи агресивних дій залишається в основному невирішеною, і медичний персонал не вважає себе убезпечено на робочому місці під час виконання своїх професійних обов'язків.

Встановлення бачення, місії та перспективних планів розвитку закладу в домашніх медичних закладах здійснюється на адміністративному та відомчому рівнях. Стратегічне планування за участю лікарів та медсестер використовується рідко. Серед працівників структурних підрозділів практично не існує єдиного бачення розвитку довгострокової чи середньострокової установи [33, с. 81]. Сучасна система стимулів та мотивацій у медичних закладах включає наступні практики:

– пряме матеріальне стимулювання: а) обов'язкові компенсаційні та заохочувальні доплати та премії (за особливі умови праці, кваліфікаційні категорії тощо); б) пряме матеріальне стимулювання сільської праці; в) стимулювання показників ефективності (у закладах охорони здоров'я – державних некомерційних та медичних закладах, приватної форми власності); г) заохочення додаткових навичок (у закладах охорони здоров'я приватної форми власності);

– непрямі фінансові стимули: а) плата за навчання, участь у професійній діяльності; б) пільги та вигоди у сфері житлово-комунальних послуг (переважно для сільського медичного персоналу); в) дарувати подарунки на ювілеї, державні чи робочі свята; г) опосередковані матеріальні стимули для ініціативи та лідерства (в медичних закладах приватної форми власності);

– нефінансові стимули: а) гарантія роботи; б) забезпечення задовільних умов праці; в) визнання вартості праці; г) забезпечення можливостей для розвитку та вдосконалення.

Використання фінансових стимулів обмежується медичними закладами державного сектору, які не були перетворені на некомерційні громадські організації, оскільки ці установи фінансуються за рахунок фонду оплати праці та розподілу, передбаченого законом. Не існує практики оцінки економічної ефективності стимулів та мотиваторів за рівнями охорони здоров'я чи регіональними цільовими програмами. Фінансові та нефінансові стимули в контексті охорони здоров'я часто суперечать стратегічним цілям, нормам та цінностям. Наприклад, заохочення до навчання використовуються незалежно від встановлених пріоритетів розвитку медичних закладів [6, с. 54].

Неефективне використання людських ресурсів та неефективне навантаження є результатом таких факторів, як дотримання алгоритму направлення пацієнтів на різні рівні допомоги, значний час для заповнення медичної документації та дублювання бланків звітів. Аналіз робочого навантаження в державних закладах охорони здоров'я, як правило, не проводиться або є номінальним (аналізуються записи робочого часу). Робочий

час певних категорій медичних працівників у медичних закладах став винятком із звичної практики управління навантаженням та оптимізації персоналу. Тривалість амбулаторної консультації не планується відповідно до запланованої мети візиту. Консультації стандартної тривалості (15 хвилин на пацієнта) поширені в клініках з електронною чергою. Обмежений перерозподіл обов'язків між персоналом, у спеціалізованих медичних закладах існує неформальна практика. Хоча готовність медичного персоналу здобувати нові навички висока, однак ставлення персоналу до передачі функцій непевна, оскільки існує страх втратити частину зарплати при передачі функцій або фінансового стимулювання для виконання додаткових функцій.

Хоча законодавча база для інформаційно-комунікаційних технологій в медичній сфері в Україні існує вже багато років, фактичний рівень впровадження таких технологій у роботу з медичними технологіями все ще залишається низьким через недостатню комп'ютеризацію медичних закладів. Реформа системи охорони здоров'я покращила комп'ютеризацію закладів первинної медичної допомоги (за даними Національної служби охорони здоров'я України, приблизно 97% робочих місць лікарів первинної медико-санітарної допомоги обладнані комп'ютерами / ноутбуками з доступом до Інтернету). Однак даних про знання та навички медичного персоналу щодо використання комп'ютерів та основних програм немає. Щоб ознайомитись із системою державного управління в галузі, у наступному розділі ми обговоримо сучасний стан медичної робочої сили в Україні.

Висновки до розділу 1

Концепція управлінського капіталу базується на розумінні того, що управлінські знання, компетенції та професійний досвід менеджерів мають приносити результати (прибуток), що необхідно розробляти та використовувати механізми відтворення управлінського капіталу на

розширеній основі з використанням інноваційних соціальних економічного зростання. Проблема використання та відтворення управлінського капіталу може бути вирішена не лише на рівні окремих організацій, ця проблема має ознаки національного та глобального значення. Тому програмам розвитку капіталу управління необхідно надати статус пріоритетних національних програм, які мають бути максимально інтегровані в систему міжнародного співробітництва. По суті, необхідно розробити механізми збереження та розвитку управлінського капіталу, відновити позитивні якісні ознаки та додати нові ознаки інноваційної моделі.

Аналіз соціально-економічних аспектів кадрової політики у секторі охорони здоров'я показав, що проблеми, що вимагають негайного вирішення, включають: невідповідність кадрової політики вимогам трансформаційних процесів у державі; недосконалість законодавчої бази, яка забезпечує управління людськими ресурсами без судових розглядів, урегульованості та судового захисту, не відповідає європейським стандартам щодо людських ресурсів; відсутність стратегічного управління навчанням відповідно до потреб громади; нерозвиненість кадрових установ, затримки, слабка функціональна безпека кадрових структур, недостатня кваліфікація кадрових служб; розрив, своєрідний професійний вакуум між поколіннями чиновників; недостатнє використання наукових підходів, результатів досліджень при розробці та реалізації державної кадрової політики.

З огляду на це, Україні потрібно вивчити міжнародний досвід, але розробити власну кадрову політику у галузі охорони здоров'я, яка відповідає потребам країни, а також регіональним, соціально-економічним та іншим характеристикам.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні

Аналіз кількості лікарів та медсестер, визначених міжнародними звітами (ISCO-2008) та національними звітами, суттєво різняться між цими цифрами. Насправді національна оцінка абсолютної кількості лікарів на чверть (24,0%) перевищує еквівалентну оцінку, отриману з використанням Міжнародного стандарту обліку. Абсолютна кількість медсестер на 13,0% перевищує дані ISCO 2008. У 2010-2022 рр. Співвідношення кількості медсестер та лікарів в Україні зменшилось з 2,7 до 2,0 за міжнародною реєстрацією та з 2,7 до 2,2 за національною реєстрацією. Середнє співвідношення медсестер до лікарів в ЄС становить 2,4:1 (за даними 2020 р.), що є вищим за показники по Україні.

Згідно з даними на 1 січня 2020 р., щільність лікарів за національною доповіддю становила 37,2 на 10 тис. жителів, за міжнародною доповіддю – 10,1 на 10 тис. жителів, а щільність медсестер – 74,4 на 10 тис. національних звітів. Оцінка – 65,5 на 10 тис. жителів – за міжнародну реєстрацію. У той же час висока щільність лікарів та медсестер спостерігається у західних областях (Львівська, Чернівецька, Івано-Франківська, Хмельницька, Тернопільська), а також у Вінницькій, Запорізькій та Полтавській областях. Невелика кількість лікарів та медсестер спостерігалась у Закарпатській, Миколаївській, Київській, Херсонській, Луганській та Донецькій областях [22, с. 43].

Щільність лікарів в країні та за кордоном суттєво не змінюється, але щільність медсестер зменшується. Щорічні темпи приросту медсестер є нерівномірними та переважно негативними. Згідно з національними записами, найбільше зменшення кількості медсестер було у 2010-2012 рр. (-5,4%) та 2021-2022 (-4,6%); це свідчить про те, що звільнення в основному стосувалось інших категорій персоналу, крім медсестер, акушерок та фельдшерів.

Загалом за період 2021-2022 рр. кількість лікарів зменшилась на 2737 осіб, а кількість медсестер – на 17032 особи. Це вдвічі більше, ніж минулого року. Завдяки медсестрам, акушеркам та фелдшерам середня кількість медсестер зменшилась за період 2021-2022 рр.: кількість акушерок зменшилась на 8,4%, що є найвищим щорічним зменшенням з 2010 р. за весь період оцінки. Кількість медсестер зменшилась на 5,4%, а фельдшерів – на 4,3%. Втрата лікарів у 2021-2022 рр. в основному спричинено стоматологами (45,0% від загальної кількості втрат).

Найвищі темпи зменшення кількості лікарів у 2021-2022 рр. спостерігались у західних прикордонних регіонах (Рівненська, Львівська, Волинська, Закарпатська, та Івано-Франківська області), півдні (Херсонська та Миколаївська області) та на сході (У Харківській та Дніпропетровській областях). У цей період темпи зростання кількості лікарів у шести областях (Хмельницькій, Тернопільській, Полтавській, Вінницькій, Донецькій та Запорізькій) були позитивними або нульовими. Найвищі показники скорочення середнього медичного персоналу з 2021 по 2022 рік були зафіксовані в прикордонних регіонах (Закарпаття, Чернівці, Івано-Франківськ, Вінниця, Одеса, Житомир, Харків), а також у Дніпропетровській області та місті Києві [59].

Станом на 1 січня 2020 р. частка спеціалістів становила 79,0%, базових послуг 18,0% та невідкладної допомоги 4,0%. Структура лікарів за рівнем медичної допомоги практично не змінилася з 2010 р. Співвідношення лікарів загальної практики та лікарів середньої освіти становило 1:5,4 у 2010 р. та 1:4,5 у 2022 році. У 2022 р. дві третини (65,5%) штатних лікарів працювали в лікарнях, а третина (34,5%) в амбулаторних медичних закладах. Більшість середніх медичних посад (77,5%) також займають лікарні та поліклініки (22,5%). Хоча загальний розподіл лікарів за рівнем охорони здоров'я стабільний, склад лікарів загальної практики змінився завдяки сімейній медицині: щільність дільничних педіатрів та дільничних лікарів зменшується, тоді як щільність лікарів загальної практики швидко зростає (рис. 2.1).

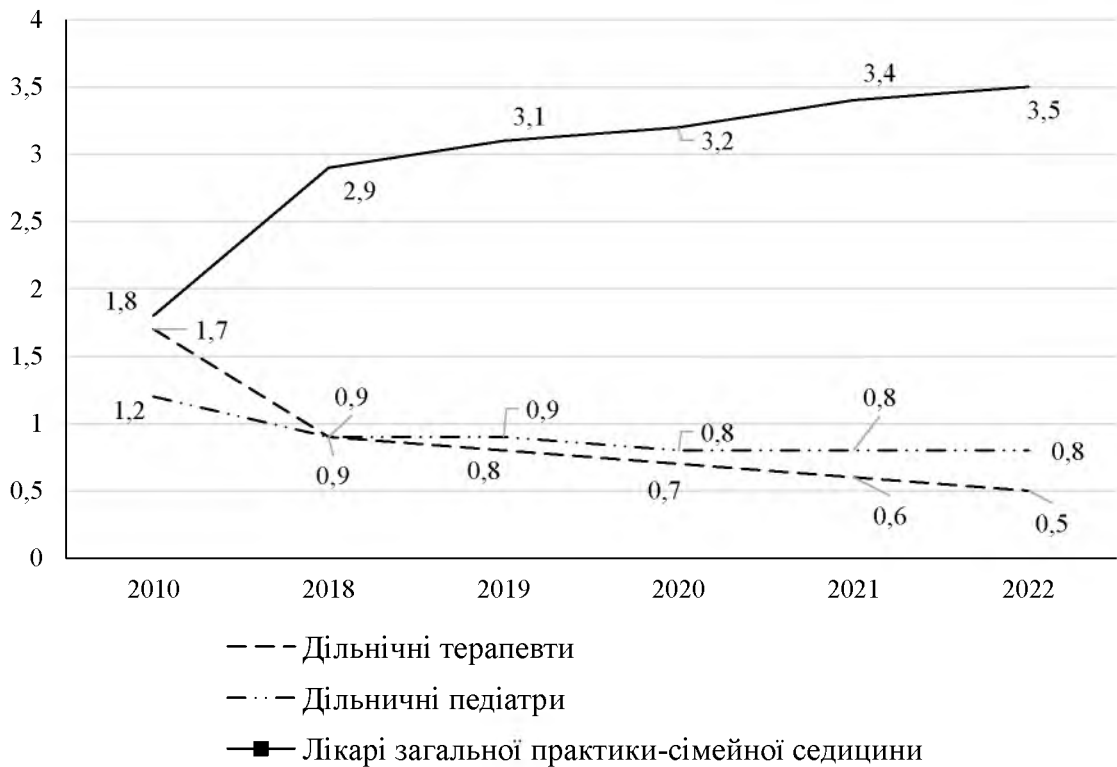


Рис. 2.1. Динаміка щільності лікарів первинної ланки закладів охорони здоров'я первинної ланки, 2010-2022 рр., на 10 тис. населення

Джерело: інформація з офіційного сайту МОЗ [32]

З 2021 по 2022 рр. середні показники зниження для дільничних терапевтів та дільничних педіатрів становили відповідно 12,0% та 3,0% на рік. Середньорічний темп приросту для лікарів загальної практики (+ 5,0%). На 1 січня 2023 р. щільність лікарів загальної практики становила 4,8 на 10 тис. жителів, що нижче середнього показника по ЄС у 2020 р. (7,8 на 10 тис.). У структурі медичного персоналу збільшується частка медсестер, які працюють у первинній медичній допомозі. У 2018-2022 рр. їх щільність зросла майже в півтора рази (з 4,7 до 6,5 на 10 тис. жителів). Це, в свою чергу, вплинуло на співвідношення кількості медсестер до лікарів первинної медико-санітарної допомоги: у 2018 р. на одну первинну медичну допомогу припадало 1,2 медсестри, а у 2022 р. – 1,4 медсестри.

У 2022 р. 25,0% (четвертий квантиль) акушерів-гінекологів були акушерами-гінекологами, госпітальними терапевтами, хірургами,

анестезіологами, неврологами, лікарняними педіатрами, ортопедами-травматологами, офтальмологами та психологами. Третій кuartиль включав кардіологів, дерматологів, інфекціоністів, лікарів УЗД, лікарів, онкологів, дитячих неонатологів, урологів, ендокринологів та функціональних діагностиків. Друга за поширеністю група включає криміналістів, фізіотерапевтів, наркологів, патологоанатомів, гастроентерологів, ендоскопістів, ревматологів (включаючи дитячих серцево-судинних гематологів), пульмонологів, нефрологів, спортивних лікарів та рентгенологів.

З 2018 по 2022 рр. 23 спеціальності вже демонстрували середньорічний негативний темп зростання. Остання динаміка 2018-2022 рр. свідчить про постійне збільшення щільності стажерів (з 2,5 до 3,1 до 10 тис. жителів, середньорічна зміна за цей період: + 0,2%). Щільність лікарів-лабораторії не змінилася суттєво між 2018 і 2022 рр., а на 01.01.2020 р. цей показник становило 0,48 на 10 тис. жителів [58].

Щільність лікарів групи гігієни, до якої входять гігієністи, епідеміологи, паразитологи, бактеріологи та вірусологи, значно зменшилась. Деякі лікарі цієї групи перейшли на ветеринарні та інші послуги. Після цього щільність лікарів групи гігієни стабілізувалась і становила 0,08 на 10 тис. жителів станом на 1 січня 2020 р.

Дві третини лікарів – жінки. Частка жінок серед медсестер становить понад 90,0%. Статева структура лікарів та медсестер істотно не змінилася з 2010 р. (рис. 2.2, 2.3). В Україні медичний персонал міг отримувати пенсію старшого віку, якщо їм виповнилося 60 років і він мав щонайменше 15 років страхового стажу. Як правило, медичні працівники в Україні продовжують працювати після досягнення пенсійного віку. На 1 січня 2020 р. частка людей пенсійного віку серед лікарів та медсестер становила 25,0% та 13,0% відповідно. Починаючи з 2010 р., ця кількість практично не змінюється. Водночас у регіонах Києва, Черкаської, Миколаївської, Кіровоградської, Херсонської, Донецької та Дніпропетровської спостерігається висока (вище середньої) частка людей пенсійного віку серед лікарів та медсестер [51].

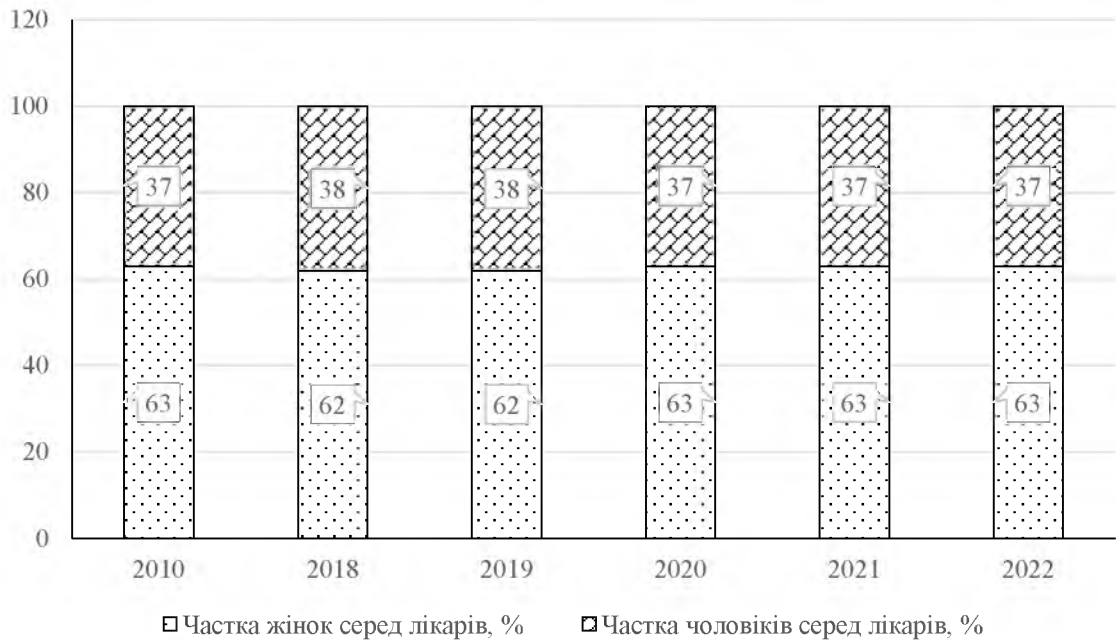


Рис. 2.2. Розподіл лікарів за статтю у закладах охорони здоров'я бюджетного сектору, 2010-2022 рр., %

Джерело: інформація з офіційного сайту МОЗ [32]

В середньому третина українського населення (31,0%) проживає у сільській місцевості; частка сільського населення становить від 9,0% (Донецька область) до 63,0% (Закарпатська область). На початку 2022 р. лише 5,0% лікарів працювали у сільській місцевості, тоді як частка сільських лікарів становила від 2% (Запорізька область) до 13,0% (Черкаська та Закарпатська області). Частка медичного персоналу в сільській місцевості становить 12,0%; у регіональному вираженні цей показник коливався від 6,0% (Дніпропетровська область) до 24,0% (Закарпатська область). Частка сільських лікарів та медсестер істотно не змінилася з 2010 р. Відповідно до географічного розподілу, сільські лікарі та медсестри мають меншу частку у сильно урбанізованих регіонах, але в регіонах з високою часткою сільського населення частка сільських медичних працівників не завжди висока.

Наприклад, регіони Одеси, Сум та Львова мають середній рівень урбанізації, але частка сільських лікарів та медсестер є дуже низькою, як у високоурбанізованих регіонах.



Рис. 2.3. Розподіл середнього медичного персоналу за статтю у закладах охорони здоров'я бюджетного сектору, 2010-2022 рр., %

Джерело: інформація з офіційного сайту МОЗ [32]

На початок 2022 р. щільність сільських лікарів становила 6,6 на 10 тис. сільського населення, тоді як середня щільність сільського персоналу становила 29,8 на 10 тис. сільського населення. У Луганській області найменша щільність сільського медичного персоналу: 2 сільські лікарі та 16,6 медсестри на 10 тис. сільського населення. Гендерний дисбаланс характерний як для лікарів (дві третини – жінки), так і для медсестер (понад 90,0% – жінки). Поширеною практикою серед медичного персоналу є продовження роботи після досягнення пенсійного віку. Чверть лікарів та більше 10,0% медсестер – на пенсії [65, с. 92].

Регіони з високою часткою сільського населення не завжди мають високу частку сільських медичних працівників. Лише 5,0% лікарів та 12,0% медсестер працюють у сільській місцевості до початку 2022 р., хоча близько третини українського населення в середньому проживає у сільській місцевості. Розподіл медичного персоналу за статтю та типом поселення суттєво не змінився з 2010 р. Частка людей пенсійного віку серед лікарів та

медсестер протягом досліджуваного періоду була стабільною.

Для порівняння та протиставлення інформації ми обговорюємо міжнародні підходи до кадрового забезпечення у секторі охорони здоров'я.

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

Структура та тривалість освітніх програм у навчальних закладах сфери охорони здоров'я у світовій практиці різняться, і їх можна розділити на два основні підходи:

- європейський, де приймаються на медичний факультет університету чи медичного ВНЗ;
- американський з двома ступенями (початковий коледж та професійна медична освіта).

Порівняльний аналіз існуючих програм медичної підготовки показує, що загальна підготовка майбутніх лікарів у більшості країн становить 6 років. Після закінчення навчання випускники отримують диплом та медичний ступінь, встановлені в цій країні (лікар, бакалавр медицини, ліцензіат медицини, кандидат медичних наук тощо) У більшості країн право займатися медициною надається лише після обов'язкового стажування.

Відмінною рисою післядипломної медичної освіти є те, що стажування часто використовується не для первинної спеціалізації медичної спеціальності, а для загальної клінічної практики випускників медичних університетів в університетських клініках та навчальних центрах з метою підготовки їх до майбутньої незалежної медичної практики.

Незважаючи на суттєві відмінності в організації, графіку та програмах стажування в деяких країнах, лікарі регулярно проходять навчання за трьома основними клінічними профілями (внутрішня медицина, загальна хірургія, акушерство та гінекологія) та надання першої медичної допомоги.

У США, Великобританії та Швеції професійний розвиток лікарів для здобуття певної медичної спеціальності (наприклад, спеціалізації) приймає різні форми організації. У деяких країнах, де лікарі можуть закінчити загальну медичну практику після закінчення навчання, на додаток до стажування пропонується додаткове навчання для лікарів через участь у різних програмах безперервної освіти. Основною спеціалізацією в Іспанії є стажування за основним профілем спеціальності. Більш пильна спеціалізація з відповідного профілю (перепрофілювання) дозволена в резиденції. Термін отримання кваліфікації фахівця з певної медичної спеціальності розглядається за кордоном протягом багатьох років (і існує тенденція до його підвищення у всьому світі). Тривалість спеціалізації становить не менше 5-7 років, незалежно від її організаційної форми в країні. Загальна тривалість підготовки фахівців для вступу до медичного університету та отримання ліцензії на самостійну зайнятість у спеціалізованій діяльності становить від 12 до 15 років.

У Великобританії були внесені суттєві зміни у вищу медичну освіту. Зміни базувались на трьох групах: зміни у фінансуванні та управлінні вищою освітою та охороною здоров'я, нові підходи до розробки навчальних програм та досягнення в клінічній медицині. Реформи торкнулися студентів, викладачів загалом, медичних шкіл та лікарень. Багато медичних шкіл країни використовують додаткові ступені бакалавра для стимулювання навчального процесу. Було зроблено висновок, що введення ступеня бакалавра сприяє підвищенню інтересу студентів до досліджень та поглибленню їх знань.

Структура систем медичної освіти. Порівняння різних підходів та структур вищої медичної освіти дозволяє виділити такі основні етапи або навчальні цикли – доклінічний, теоретичний, клінічний та практичний. Останні дві фази можуть бути вчасно розділені, а можуть і не бути. Як правило, тривалість базової медичної підготовки, що закінчується початковою кваліфікацією, в європейських країнах, за деякими винятками, становить 6 років. Водночас медична освіта триває 6,5 років у Данії та 7 років у Бельгії.

Для початкової кваліфікації в Швеції та Ірландії необхідна реєстрація.

Медицина освіта в Німеччині. Структуру німецької медичної освіти можна вважати класичною для європейських країн. У Німеччині існує 36 медичних факультетів, більшість з яких пов'язані з університетами. Контроль у галузі охорони здоров'я передано державним органам. Вищим органом управління є Федеральне міністерство охорони здоров'я та система федеральних міністерств охорони здоров'я, що перебувають під його юрисдикцією. Міністерства контролюють підготовку медичних працівників.

Обов'язкова мінімальна тривалість медичної освіти в Німеччині становить 6 років, включаючи 2 роки доклінічної підготовки та 4 роки клінічної підготовки (1 рік клінічної та теоретичної підготовки, 2 роки клінічної та практичної підготовки, 1 рік клінічної підготовки). Після 6 років навчання в навчальному закладі потрібно не менше 18 місяців стажування в акредитованій лікарні. Зміст рівня доклінічної та клінічної підготовки регулюється та є обов'язковим. Окрім обов'язкових предметів, студентам надається можливість систематично відвідувати додаткові факультативні лекції [52].

Кожен етап закінчується державним іспитом – доклінічним іспитом, який проводиться відповідальною Федеральною екзаменаційною комісією протягом 4 семестрів після успішного закінчення всіх обов'язкових предметів. Тест складається з письмового тесту з широким колом завдань, усної частини та трьох клінічних випробувань.

На відміну від багатьох інших європейських країн, післядипломна медична освіта або спеціалізація не контролюються німецькими університетами чи медичними школами. Натомість правила післядипломної медичної освіти встановлюються національними кабінетами лікарів та федеральними медичними асоціаціями на кожному конкретному рівні. Як результат, післядипломна медична освіта не обмежується університетськими клініками, а надається головним чином у лікарнях та на багатьох інших робочих місцях лікарів – у приватних клініках, науково-дослідних інститутах,

центрах охорони праці тощо (за умови, що ці установи мають кваліфікованого лікаря, що має право проводити післядипломну освіту за спеціальністю медична освіта).

Медична освіта у Великобританії. Національна система медичної освіти Великобританії сильно відрізняється від інших європейських країн і заслуговує більш детального розгляду як моделі для так званої традиційної британської системи медичної освіти. Організаційно ця система має досить складну, багаторівневу структуру, яка в основному використовується для післядипломної підготовки (спеціалізації) лікарів.

Випускник університетської медичної школи здобуває ступінь медика, присуджуючи ступінь бакалавра медицини та бакалавра хірургії. Отримання цього ступеня є підставою для попередньої реєстрації в Загальній медичній раді та включення власника диплома до Державного медичного реєстру для отримання тимчасового дозволу на медичну практику. Окрім університетів, деякі медичні компанії, такі як Королівський коледж лікарів загальної практики в Лондоні, Королівський коледж хірургів в Англії, Коледж лікарів та хірургів в Единбурзі тощо, мають право на отримання подібних ступенів та ступенів [58].

З 1964 р. Великобританія пропонує обов'язкові однорічні стажування для всіх лікарів, які закінчили медичні школи в якості стажерів або резидентів однієї зі спеціалізованих лікарень. Це виглядає так, що у рік попередньої реєстрації, лікарі проходять навчання з внутрішніх хвороб та хірургії. Тільки після проходження практики лікарі отримують повну реєстрацію в Загальній медичній раді та законне право самостійної роботи терапевтами. Прізвища всіх зареєстрованих спеціалістів включені до медичного реєстру – офіційного списку лікарів, які мають законне право займатися медициною.

Під час інтернатури лікар вибирає майбутню медичну спеціальність: або перейти безпосередньо до загальної медицини, або продовжити навчання для отримання спеціалізації. Загальна медична практика у Великобританії є частиною національної системи охорони здоров'я. Повністю зареєстрований

лікар може бути працевлаштований як незалежний асистент терапевта, або лікар загальної практики може бути призначений до групи лікарів за місцем вакансії.

Загалом, професійне навчання у Великобританії розраховане на мінімум 7 років, крім навчання в медичному університеті (6 років) та року стажування. Суть медичної професійної підготовки після закінчення навчання полягає в постійній роботі на освітніх медичних посадах. Ці посади заповнює фахівець для змагань в університетських лікарнях. Робота на кожній посаді закінчується тестом на придатність для отримання кваліфікаційного диплому відповідного рангу. Проходження такого іспиту є необхідною умовою для прийняття на вищу та остаточно незалежну посаду з відповідного предмета.

Структура медичної освіти США. США не мають окремої національної системи вищої освіти. Існує так звана трирівнева університетська система. Для медичного навчання вона включає:

- дворічні медичні коледжі, які пропонують долікарську підготовку поряд із загальною освітою;
- чотирирічні медичні коледжі із середньою спеціалізованою освітою;
- медичні вищі навчальні заклади, відомі як медичні факультети, де здобувають ступінь медичного бакалавра.

Ця багаторівнева система дозволяє студентам вносити суттєві зміни у свою безперервну освіту для вирішення питання професійного керівництва з урахуванням їх інтересів, умінь та навичок, що є життєво важливою частиною підвищення якості освіти.

– Для прийому до медичного факультету заявник повинен скласти вступні іспити з історії, математики, природничих наук та іноземних мов, а також пройти співбесіду та тестування. Тест Медичного коледжу (IRU), розроблений Американською психолого-освітньою корпорацією, складається з чотирьох частин і повинен визначати:

- можливість використання конкретних термінів, визначень та понять;
- можливість маніпулювати кількісними позначеннями;

- обізнаність заявника з сучасними науковими відкриттями та досягненнями в певних областях;
- знання на науковому рівні.

Більшість американських медичних шкіл є університетськими, і є кілька незалежних шкіл від цих шкіл. Навчання на медичному факультеті розраховане на 4 роки, перші два з яких присвячені доклінічній підготовці майбутніх лікарів, а потім початковій клінічній підготовці. Під час доклінічного навчання студенти вивчають анатомію, біохімію, гістологію, біофізику, фізіологію та патологію, а також інші важливі неклінічні дисципліни. Під час початкової клінічної освіти студенти вивчатимуть клінічні дисципліни – внутрішню медицину, акушерство та гінекологію, хірургію, рентгенологію та ін. Більшу частину навчального часу буде присвячено роботі у відповідних клініках. Під час курсу студенти виконують в середньому 7 клінічних вправ. Слід зазначити, що програми різних медичних університетів різняться, особливо перелік клінічних дисциплін, що вивчаються в них, частина з яких представлена у вигляді факультативних модулів.

Сьогодні в американських медичних школах часто застосовуються так звані систематичні методи навчання, що включають не окремі дисципліни (анатомію, гістологію, патологію, фізіологію, біохімію, пропедевтику тощо), а окремі органи та системи з семіотичним та морфофункціональним аспектами. Уважно вивчають нормальні та патологічні стани.

У зв'язку з цим низка медичних університетів замість факультетів створили міждисциплінарні навчальні групи у спеціальних академічних товариствах для викладачів та студентів. На відміну від структури кафедри, де важко досягти реальної інтеграції в академічну спільноту, викладання проводиться в групах викладачами різних дисциплін. Обсяг дисциплін спрямований на вивчення конкретного предмета. Впровадження системного методу навчання призвело до значних змін в організації навчального процесу та розробці принципово нових інтегрованих навчальних програм. Різні медичні факультети відрізняються не лише кількістю дисциплін, що

вивчаються, а й співвідношенням обов'язкових та факультативних предметів, часом, витраченим на вивчення окремих дисциплін, та формами навчання.

Велика увага приділяється проблемному навчанню під час медичної освіти, чому сприяє індивідуалізація та самостійна робота. Практика проведення обстежень різниться як на окремих медичних факультетах, так і на різних освітніх рівнях. Письмові іспити частіше зустрічаються під час доклінічної підготовки, іноді у формі широкого спектру тестів. Такі тести спрямовані на визначення ступеня оволодіння базовими професійними навичками. У деяких медичних навчальних закладах ці іспити доповнюються тестуванням практичної здатності студентів працювати в лабораторіях. Під час клінічного навчання у більшості медичних шкіл, крім офіційних письмових або усних іспитів, важливу роль у оцінці засвоєння вивчених дисциплін відіграють відгуки викладачів про результати щоденної роботи студентів у клініках, безпосередньо біля ліжка пацієнта.

Студенти, які отримали повний диплом медичного коледжу та успішно пройшли всі медичні огляди, отримують свідоцтво про закінчення медичного коледжу та звання доктора медицини. Сертифікат не дає права займатися медициною. Щоб отримати спеціальний дозвіл (повну ліцензію) на незалежну медичну практику, всі випускники медицини повинні пройти інший курс стажування та ординатури.

Інтернатура в США – це перший етап післядипломної медичної освіти, який завершується після закінчення чотирирічної програми медичної школи. Він включає практичну роботу випускників медичних університетів під керівництвом та наглядом кваліфікованих лікарів у лікарнях та клініках. Перед тим, як подати заявку на інтернатуру, випускники медичних шкіл повинні скласти ліцензійний іспит під час стажування та здобути його під контролем. Ці розслідування проводяться спеціальною комісією на замовлення Національної ради медичних експертів (NBME) [59, с. 38].

У США існує два типи стажування: пряме стажування та стажування на ротації. Перший з них спеціалізується насамперед у галузях терапії, хірургії,

педіатрії, акушерсько-гінекологічної та патологічної діяльності. Це стажування організується на базі лікарень, яким дозволено залишатися за відповідною спеціальністю. Період навчання – один рік. Ротаційні стажування передбачають навчання з двох і більше клінічних спеціальностей, але обов'язкове навчання з внутрішньої медицини протягом 4 місяців. Метою стажування є пропонування стажеру всебічної клінічної підготовки для іншої незалежної медичної практики як сімейного лікаря протягом одного року.

Після закінчення практики випускники повинні скласти ліцензійний іспит. Після цього вони отримують ліцензію на медичну практику як сімейний лікар. В даний час Національна рада медичних експертів є федеральним агентством з ліцензування медицини в більшості штатів (крім Делавера, Техасу та Флориди). Лише в цих трьох штатах екзаменаційні комісії Державного департаменту охорони здоров'я продовжують видавати ліцензії та здавати іспити. Інтернатуру і резидентуру інтегровано в США з 1970 р. Програма інтернатури включає перший рік навчання. Дійсно, резидентура – це другий рівень післядипломної медичної освіти, метою якого є підготовка кваліфікованих фахівців з певної медичної спеціальності. Проживання організовано на базі університетських медичних навчальних центрів та лікарень медичних шкіл. Залежно від предмета, термін навчання становить від 3 до 5 років. Наприклад, мінімальний термін перебування (за винятком 1-річного стажування) в галузі анестезіології, внутрішньої медицини, урології, акушерства та гінекології, дерматовенерології та медичної радіології становить 3 роки. У нейрохірургії, медицині вух, носа та горла – 4 роки, загальній хірургії – 5 років. Фактична тривалість ординатури зазвичай більша. Часто, проходячи місце проживання, лікарі отримують спеціальність перед складанням кваліфікаційного випробування, щоб отримати спеціальну ліцензію на самостійну роботу за спеціальністю.

Висновки до розділу 2

Національна оцінка щільності лікарського та середнього медичного персоналу переоцінює кількість медичних людських ресурсів, оскільки враховує категорії персоналу, що за міжнародним стандартом ISCO2008 не включаються до підрахунку кількості лікарів та медичних сестер. Загалом кадрова криза здебільшого стосується середнього медичного персоналу, а не лікарів. Щорічні темпи приросту медичних сестер є переважно негативними. 2022 рік є переламним у динаміці медичних кадрів, оскільки прискорюються темпи скорочення лікарів, медичних сестер, фельдшерів та акушерів.

Кількість лікарів та середнього медичного персоналу на первинній ланці є недостатньою. Чотири з п'яти лікарів є лікарями-спеціалістами. Є дисбаланс стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних посад. Кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів зростає головним чином за рахунок скорочення кількості дільничних терапевтів та педіатрів. Співвідношення медичних кадрів первинної та спеціалізованої допомоги залишається стабільним. Динаміка щільності лікарів екстреної допомоги та стоматологів у закладах охорони здоров'я бюджетного сектору є переважно низхідною. Динаміка щільності з 2018 р. має позитивний тренд до зростання серед лікарів-інтернів; у цей період щільність лаборантів та лікарів гігієнічної групи суттєво не змінюється.

Вивчення міжнародного досвіду кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я дає нам підстави стверджувати, що в різних країнах є різні підходи формування своєї кадрової політики у сфері охорони здоров'я, якими унормовано стратегічне планування підготовки кадрів, соціально-економічного забезпечення та інші питання. Разом з тим, проблеми людських ресурсів у сфері охорони здоров'я залишаються одними із тих, які потребують першочергового вирішення, навіть у найбільш економічно розвинутих країнах світу, що підтверджується експертами ВООЗ.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ УПРАВЛІНСЬКОГО КАПІТАЛУ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Професійна модель фахівця з управління системою охорони здоров'я України

Основним рушієм будь-якої організації є людські ресурси, а двигуном державної конкуренції є людський капітал. Стійке економічне зростання та сталий соціальний розвиток можна гарантувати лише завдяки ефективному державному управлінню, без якого не буде зростаючої та динамічної економіки, високого рівня життя та громадянського суспільства. Головною метою управління формуванням нового покоління менеджерів системи охорони здоров'я України є використання їх особистого професійного потенціалу – детальний опис ролі керівника у питанні активного управління.

Особистий професійний потенціал лідера складно структурований і, на наш погляд, характеризується тісною взаємодією всіх елементів: кваліфікації, спілкування, психофізіології, творчості, моралі та виховання (рис. 3.1).

Ефективне використання особистого професійного потенціалу фахівців, що є основою управління, здійснюється за трьома основними напрямками:

- створення необхідних умов для всебічного розвитку особистісного потенціалу;
- створення вдосконалених умов для повної мобілізації командного потенціалу для виконання раніше призначених завдань;
- постійний розвиток професійних навичок менеджерів відповідно до стратегічних цілей країни.

Критеріями професійного потенціалу керівника є якісні характеристики повернення його фізичної та інтелектуальної сили та творчої енергії в процесі управління. Цей вплив конкретно виражається у творчій діяльності керівника державного управління, у його ставленні до праці як найважливішої потреби.

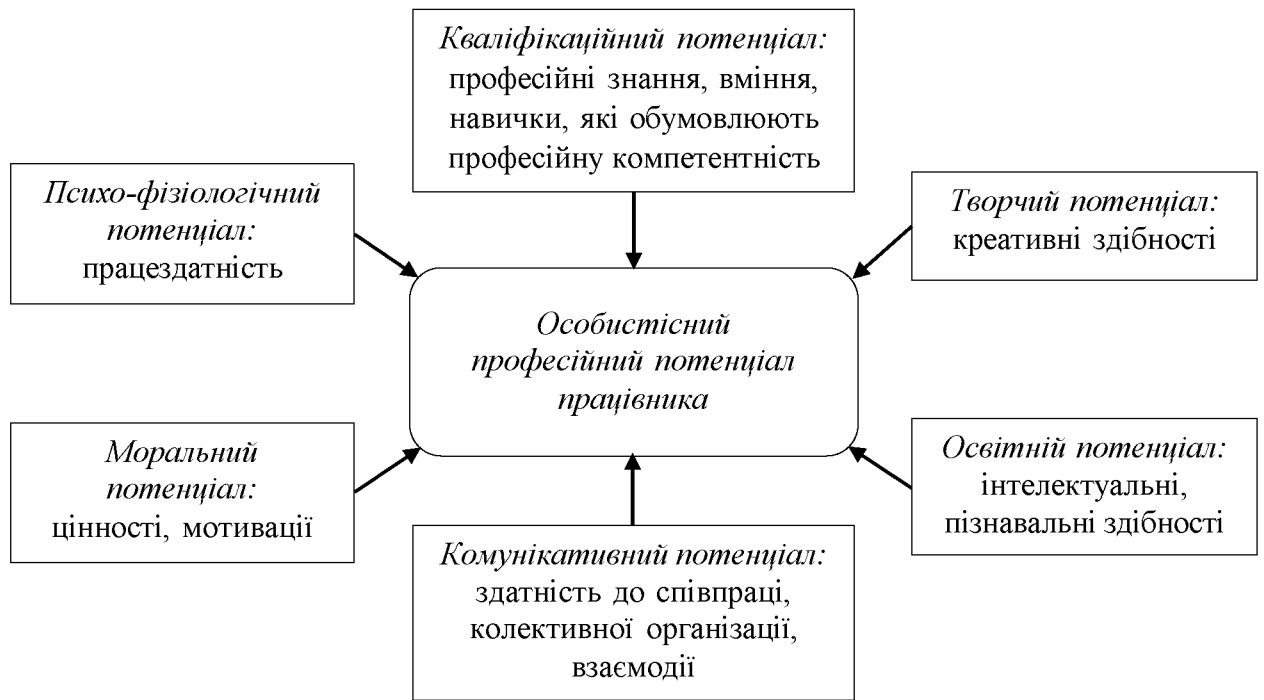


Рис. 3.1. Структура особистісного професійного потенціалу керівника
Джерело: опрацьовано автором на основі [33, с. 104]

Робота сучасного управлінця багатофункціональна. Це пов'язано з тим, що менеджер постійно вирішує як загальні, так і конкретні проблеми. У цьому контексті ми твердо впевнені, що підготовка наступного покоління керівників повинна бути міждисциплінарною та забезпечувати знання з різних складних питань управління.

Основні вимоги до нового покоління керівників державної адміністрації, крім здатності успішно вирішувати юридичні, політичні, комунікаційні та економічні питання, є професійними, включають високий рівень знань про нові інформаційні технології, сучасний менеджмент, іноземні мови й культури, духовності та патріотизму.

Професор І.О. Мартинюк розробив модель лідера-педагога 21 століття. Складові професійної моделі сучасного менеджера освіти визначаються ним самим: наявність системи професійних знань, умінь та навичок; безперервне навчання; формування загальнолюдських цінностей шляхом вивчення гуманітарних наук; психологічна готовність до ведення управлінської

діяльності є універсальною і абсолютно необхідною для майбутнього керівника медичної служби в єдиній в Україні галузі медицини. На основі цього пропонуються можливості формування елітної особистості менеджера охорони здоров'я в процесі адміністративної реформи в Україні [29, с. 256].

Також можна виділити такі складові сучасної моделі професіоналізму керівника медичної служби: професіоналізм, відповідальність та культура керівництва. Саме професіоналізм визначає успіх і невдачу медичного закладу, виживання чи неживання, а також надання медичної допомоги в Україні – в нових умовах нашої країни в цілому в сучасній ринковій економіці. Професіоналізм – це, перш за все, здатність фахівця, колективу працівників з урахуванням умов та реальних можливостей визначити найбільш ефективні засоби та методи виконання покладених на них завдань у рамках нормативного визначення повноваження. Високий професіоналізм – одна з найважливіших і найголовніших якостей сучасного керівника.

Культура управління тісно пов'язана з професіоналізмом керівників закладів охорони здоров'я. Щодо культури управління як основи професійної моделі нового покоління керівників системи медичних установ та інститутів в Україні, то думка професорів Б. Гаєвський та В. Ребкала також заявили, що культуру державного управління слід забезпечувати завдяки професіоналізму, заснованому на основних національних принципах, особливо національної ідеї України [8, с. 252].

Сучасний спеціаліст з управління охороною здоров'я – це людина, яка керує лікувально-профілактичними закладами через планування, організацією регулювання та координацію діяльності підлеглих колективів для досягнення різноманітних (конкретних) економічних, виробничих та соціально-психологічних цілей у розвитку різних форм власності. Тому його діяльність підпорядковується загальній схемі діяльності керівників урядів. Виходячи з цього, професійна модель керівника у галузі охорони здоров'я повинна включати сфери загального управління (організаційно-управлінську; виробничу; соціально-психологічну; самоврядування – особистість керівника)

як вид свідомої діяльності людини, спрямованої на ефективне функціонування й розвитку організації.

У цьому випадку під місією ми маємо на увазі головне призначення компонентів (підсистем, елементів) здоров'я – очевидна причина їх існування. Для сучасного лідера, включаючи лідера в галузі охорони здоров'я, дуже важливою сферою діяльності є сфера особистості лідера, його якостей, що визначають його навички самоврядування. Адже ця людина – всебічна, добре освічена, професійно освічена людина з найвищою соціальною цінністю, яка стане головною рушійною силою прогресу у побудові демократичної та правової держави Україна.

Ефективне самоуправління об'єктивно пов'язане як з природою людини (генетична програма, темперамент, біоритм), так і з прагненням до самовдосконалення. При правильній самоорганізації та правильній впевненості в собі – особисті технології (наука про самоорганізацію) – ви навчитеся оптимально використовувати свій час та навички, свідомо контролювати хід свого життя та вміло долати зовнішні умови на роботі та в особистому житті.

На наш погляд, одним із найбільш перспективних підходів до впорядкування державного регулювання системи охорони здоров'я шляхом оцінки результатів діяльності медичних працівників може бути використання циклу управління людськими ресурсами як критерію оцінки їх роботи. Термін «цикл управління людськими ресурсами» відноситься до періоду часу, протягом якого інформація, необхідна для оцінки медичного персоналу, збирається, аналізується, приймається шляхом прийняття управлінських рішень та впроваджується.

Сьогодні існує поширена думка, що нам потрібно розрізнити «компетенція» та «компетентність». Тому деякі зарубіжні автори вважають, що поняття «компетентність» та «компетентція» передають таку суть:

– навички, необхідні для вирішення робочих завдань та досягнення необхідних результатів, здебільшого визначаються як компетентність;

– здатність, що відображає спроможність дотримуватися необхідних стандартів поведінки, визначається як компетенція.

З поняттям «компетенція» тісно пов'язані такі риси характеру, як «знання» та «вміння», які широко використовуються в освітніх та професійних програмах. Ми вважаємо за доцільне тлумачити різницю між наведеними вище термінами:

– знання – інформація, яку необхідно отримувати і сприймати під час роботи;

– навички – застосування отриманих знань на практиці для досягнення результатів;

– компетенція – використовуйте ці навички, щоб виконати роботу за певним стандартом. Найголовніше, коли формується компетентність, існує кілька положень, які описують, наскільки якісно повинна бути виконана робота.

Ми вважаємо, що сьогодні медичним працівникам важливо зрозуміти, що таке компетенція та як її можна ефективно використовувати в особистих та управлінських цілях.

Крім того, для наукового терміну «компетенція» використовуються такі визначення:

– основні характеристики людини, причинно пов'язані з оцінкою на основі критеріїв ефективного та найкращого виконання роботи чи поведінки в загальних ситуаціях;

– типова та вимірювана модель поведінки, знань та навичок, що сприяє досягненню найкращих результатів;

– компетенція описує поведінку або дії, які можна спостерігати при правильному виконанні.

Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок, що спеціаліст з управління охороною здоров'я – це професіонал, який:

– вільно володіє методологією системи в галузі права та медицини та характеризується здатністю ефективно застосовувати її на практиці у своїй

професійній діяльності;

- вміє пропонувати кваліфіковані системні заходи.

Нами розроблено професійну модель для українського спеціаліста з управління охороною здоров'я. Модель базується на принципі взаємодії основних її елементів – професійних цілей, професійних та психологічних вимог, орієнтованих на здобуття знань у галузі управління та лідерства, а також на розвиток відповідних навичок (додаток А).

Ми поділяємо думку дослідників, які стверджують, що підготовка наступного покоління менеджерів у сфері охорони здоров'я повинна бути міждисциплінарною та забезпечувати знання з різних складних питань управління. Дослідження показали, що такий підхід допоможе розвинути навички менеджерів у галузі охорони здоров'я ефективно вирішувати складні проблеми реформи охорони здоров'я.

Професіоналізм, культура лідера, відповідальність лідера, лідерські якості особистості, що визначають навички самоврядування, психологічна готовність до ведення діяльності та наявність загальнолюдських цінностей – це ключові складові концептуальної моделі сучасного медичного керівника.

3.2. Модель професійної підготовки керівних кадрів системи охорони здоров'я України

На цьому етапі проблема висококваліфікованих кадрів у соціально-політичній та соціально-економічній сфері життя України, зокрема охорони здоров'я, стала одним із пріоритетів державної політики. Актуальність системи професійного навчання для динамічних змін у внутрішньому секторі охорони здоров'я та соціальної сфери, для проблем працівників галузі, для етичних, економічних та правових характеристик української системи охорони здоров'я та вимог до якості медичної допомоги. В Україні впровадження парадигми навчання на основі компетентностей та особистісно

орієнтованого процесу залишається позаду. Відсутність системи розвитку для навчання протягом усього життя, недостатня мобільність персоналу, відсутність інноваційних форм соціального прогресу в наукових дослідженнях та викладанні та відсутність інвестицій у навчання не дозволяють створити навчальне середовище, що відображає ресурси. У цьому контексті проблему підготовки керівних кадрів потрібно вдосконалювати, оскільки це одна з передумов успішної реформи охорони здоров'я. Фахівці нового покоління повинні втілювати якості керівника компанії та керівника команди. Сучасний менеджер з питань охорони здоров'я повинен не тільки відчувати, чим займається їх команда, але й чітко розуміти професійні потреби кожного члена.

Післядипломна підготовка керівників галузі охорони здоров'я в Україні спрямована на підтримку принципу безперервності освіти, основною метою якого є забезпечення та підтримка високого професійного рівня кваліфікованих робітників в умовах прискореного розвитку науки та соціально-економічних змін. Необхідний рівень кваліфікації менеджерів у галузі охорони здоров'я досягається поєднанням післядипломної підготовки, а також систематичної самоосвіти та постійної практичної діяльності менеджерів. Відповідно, основними компонентами моделі професійної підготовки для керівників систем охорони здоров'я повинні бути компоненти управління, соціально-психологічні взаємовідносини та їх моделі (додаток Б).

Реформа охорони здоров'я в Україні насамперед вимагає підготовки сучасних менеджерів у сфері охорони здоров'я, які можуть застосовувати широкий спектр знань, необхідних для організаційних та політичних змін, а також глибше розуміння проблем та тенденцій у системі охорони здоров'я. Важливою частиною ефективного кадрового забезпечення в процесі реформ є вдосконалення роботи з менеджерами з питань охорони здоров'я шляхом впровадження сучасних форм навчання для керівників органів охорони здоров'я.

Автори розробили модель професійного навчання для сучасних

менеджерів охорони здоров'я, засновану на принципі взаємодії його ключових елементів:

- зміст та компоненти управлінської діяльності;
- вимоги до кваліфікації менеджера;
- удосконалення освітніх програм, спрямованих на отримання знань у галузі менеджменту, маркетингу, управління персоналом, психології управління, галузевого регуляторного забезпечення тощо.
- вимоги до особистих якостей;
- підготовка та перепідготовка науково-педагогічних кадрів у галузі підготовки сучасних менеджерів (менеджерів);
- вищі навчальні заклади III-IV рівня акредитації.

Модель містить вимоги до особистих якостей лідера. Важко дати вичерпне визначення менеджера, який є гідною людиною, але можна описати характеристики людини, яка претендує на керівні посади. Компетентна людина, що володіє сильними діловими навичками, може бути не в змозі очолити команду, якщо вона не має особистих, особливо вольових якостей. Для менеджера важливі такі особисті якості:

- доцільність – здатність людини підпорядковувати свої дії цілям. Цілеспрямовані люди мають чіткі й конкретні цілі в житті.
- наполегливість – здатність мобілізувати свої навички для вирішення довготривалих труднощів, здатність спрямовувати та контролювати поведінку відповідно до конкретної мети;
- визначення – здатність приймати та реалізовувати швидкі та обгрунтовані рішення;
- ініціативність – здатність працювати творчо, активно діяти;
- незалежність – здатність протистояти впливу різних факторів, які можуть перешкоджати досягненню мети, критично оцінювати поради та пропозиції інших і діяти на основі своїх поглядів і переконань;
- мужність – здатність долати страх і йти на цілеспрямований ризик, незважаючи на небезпеку для власного благополуччя;

– наполегливість – здатність відкидати дії, почуття та думки, що перешкоджають здійсненню рішення.

Морально-психологічні якості дозволяють керівнику залучати людей, без яких не можна сподіватися на успішне управління. Ці особливості включають:

- доброчесність, високі вимоги до себе, відповідальність та інших;
- чесність і порядність, смиренність і простота, правдивість і щирість;
- чесність, доброта і повага до підлеглих, неупередженість, здатність створювати командний дух, який сприятиме продуктивній діяльності;
- знання психології людини та індивідуального підходу до предмета, знання його особистих параметрів – характеру, цінностей, темпераменту, вміння працювати з людьми та методів ефективного впливу на них;
- прагнення встановити контакт з підлеглими, прагнення захистити їх законні інтереси, задовольнити повсякденні потреби;
- здатність співпереживати, ідентифікувати (здатність подумки сидіти на місці іншої людини і бачити проблему з позиції);
- доброзичливе ставлення, тактовність, визнання чужого успіху, відсутність дрібниць;
- об'єктивність, тверезе сприйняття критики;
- толерантність і ввічливість, розсудливість і врівноваженість;
- товариськість, вміння слухати і слухати;
- розвинене почуття гумору;
- почуття особистої відповідальності або довіри.

Навички спілкування необхідні для того, щоб лікар мав належне розуміння та спілкування з іншими. Він не може обійтися без цих навичок у більшості ситуацій, оскільки хоче досягти певних цілей за допомогою інших людей. Таким чином, особистість будь-якого менеджера, включаючи систему охорони здоров'я, складається з трьох компонентів:

- емоційний – відображає почуття та емоції людини щодо ситуації;

– когнітивний – результат індивідуального пізнання ситуації. Знання також індивідуальні. Наприклад, одна людина вважає, що один політик кращий за іншого, тоді як інший вважає інакше;

– уявний – визначає, як людина поводить себе в тій чи іншій ситуації.

Тому, крім навчання з менеджменту, економіки та права, всі менеджери з питань охорони здоров'я потребують серйозної психологічної підготовки. Розроблена нами модель охоплює вдосконалення програм підготовки менеджерів у секторі охорони здоров'я, зокрема запровадження такої дисципліни, як «Психологія управління здоров'ям».

Ця модель базується на компетентнісному підході до підготовки менеджерів систем охорони здоров'я. Для якісної підготовки таких менеджерів може бути ефективним запровадити компетентнісний підхід до системи управління післядипломною освітою, який передбачає індивідуалізацію навчання, причому індивідуальний підхід займає центральне місце з урахуванням практичного досвіду та віку студента. Водночас, визначаючи ключові компетенції, ми можемо зосередитись на кінцевих результатах навчального процесу, визначити якість навчального процесу та вдосконалити освітній зміст, включаючи підготовку керівників систем охорони здоров'я.

Компетентнісний підхід розглядається як найважливіша інноваційна ідея сучасної освіти. Цей підхід базується на певних положеннях, а саме на принципі професіоналізму, який вимагає обов'язкової спеціальної підготовки керівника відділу охорони здоров'я для роботи на певному рівні управління. На цьому етапі динаміка викладання всіх предметів в управлінні забезпечується шляхом регулярного навчання через аспірантуру або самоосвіту. Однак управлінські навички вимагають здатності збирати знання, необхідні для здійснення певних управлінських дій.

Дані, представлені в науковій літературі, підтверджують, що підхід, заснований на навичках, сприяє модернізації змісту освіти. Примітно, що це методологічний підхід, який доповнює перелік освітніх інновацій класичними

підходами і, загалом, створює систему позитивного досвіду для досягнення сучасних освітніх цілей. Аналізуючи відмінності у визначенні компетенції, ми можемо зосередитись на цьому. Компетентність фахівця – це «суттєва характеристика людини, яка характеризує її бажання та здатність (готовність) реалізувати свій потенціал (знання, вміння, особисті якості, досвід тощо) для успішної роботи у відповідній галузі». Це не єдине визначення, і термін компетентність має дещо різне значення для різних авторів, але всі вони підтримують ідею його розкриття в контексті професійної діяльності. Інформаційний чи соціальний зміст включає загальний культурний та політичний зміст, який по суті відповідає цілям європейської освіти та потребам розвитку відповідних суспільств.

Цей підхід узгоджується з основними цілями освіти, сформульованими ЮНЕСКО: навчити здобувати знання (навчити як треба вчитися); робота та заробіток (навчання на виробництві); наживо (навчання здоровому, захоплюючому, гідному життю); спільне життя (вчитися жити разом).

Компетенції сприймаються як похідні, вужчі за поняття «компетентність». Визнаючи, що концепція компетентності значною мірою вписується в нову парадигму професійно-технічної освіти, включаючи вищу освіту, дослідники продовжують досліджувати визначення та різноманітність компетентностей – професійних, загальних (базових, фундаментальних, трансдисциплінарних, універсальних, надпрофесійних, метапрофесійних тощо), академічних та інші. У професійній підготовці відбувається поступовий перехід від кваліфікаційного підходу до компетентності, оскільки кваліфікація вже не є кінцевим результатом професійної підготовки і стає одним із елементів інтегрованих нових результатів навчання. Освіта починає зосереджуватися на озброєнні людей знаннями на етапі збільшення особистої автономії з високим ступенем свободи та новими значеннями та принципами гуманізму.

Особливістю підготовки менеджерів нового покоління є динамічність та еластичність процесів, що фактично характеризує реформування та розвиток

охорони здоров'я. У галузі охорони здоров'я компетенції професіоналів характеризуються певними характеристиками, які можна віднести до загальнокультурних, включаючи такі компоненти, як гуманізм, етика, мораль, спілкування тощо. Максимізуйте знання та навички, набуті в процесі управління.

В рамках реформи охорони здоров'я компетенції керівника системи охорони здоров'я, що дозволяють йому успішно виконувати поставлені завдання, виходять за рамки офіційної. Таким чином, можна припустити, що компетентний фахівець, який є розвинутою людиною, яка найкраще інтегрована в галузі управлінських рішень – в області управлінської інформації та може проводити реформи – може розробити підхід, заснований на компетентності, використовуючи системні синергетичні технології для розуміти процес навчання.

Сьогодні активно розвивається компетентнісний підхід, особливо професійно освіта у підготовці керівників систем охорони здоров'я. Аналіз контексту використання терміна «компетентність» дозволяє зрозуміти його як соціально стабільний результат навчання. Таким чином, компетенції можна визначити як реальні потреби студентів у вивченні комплексу знань та видів діяльності з урахуванням особливостей людини, яка працює в громаді.

Застосування підходу до розвитку компетентностей менеджерів у секторі охорони здоров'я призводить до зміни кінцевих результатів навчального процесу – результатів навчання, що враховують поведінкові компетентності (мотиви, цінності, риси характеру тощо). У цьому контексті наголошується на необхідності пошуку та застосування методів та засобів навчання. Удосконалення змісту, форм, засобів та методів підготовки державних службовців для того, щоб державні органи могли гарантувати сучасне управління системою охорони здоров'я, необхідне нове науково-методичне забезпечення навчального процесу, а також вдосконалення форм та технологій навчання.

Слід зазначити, що готовність лікарів та медсестер до здобуття

додаткових навичок або спеціальностей висока: у дослідженні «Аналіз робочого навантаження, мотиваторів і стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України» ця готовність висловлюється приблизно двома третинами медичних працівників. Однак лише половина (55%) готові взяти на себе додаткові функціональні завдання, які вимагають додаткової оплати. Значна частина медичних працівників (72%) обережно або негативно ставляться до делегування своїх функціональних обов'язків іншим спеціалістам. Виняток становить делегування відповідальності за ведення медичної документації.

Отже, ми можемо зробити висновок, що підхід, заснований на компетентностях, націлений на результати навчання, де результатом є не кількість отриманої інформації, знань, а здатність діяти у найрізноманітніших проблемних ситуаціях.

У цьому контексті питання про те, як має виглядати навчальний план (які компетенції повинні оволодіти студенти), має велике значення з огляду на зміни в управлінні сектором охорони здоров'я.

Виходячи з вищесказаного, спираючись на досвід інших країн та беручи до уваги ділові та особисті якості керівника системи охорони здоров'я, ми можемо запропонувати наступні ключові компетенції в галузі державного управління у сфері охорони здоров'я:

- I. Загальні або універсальні навички, включаючи навички:
 - етична поведінка;
 - самовдосконалення;
 - розвиток інтелектуального та загальнокультурного рівня;
 - спілкування та робота в команді;
 - конструктивні відносини з громадянами та державними органами, іншими організаціями;
 - здатність ризикувати;
 - лідерські якості та навички управління людськими ресурсами;
 - приймати компромісні, альтернативні та ефективні управлінські

рішення;

- аналітична робота, постановка завдань та планування;
- критичний аналіз та креативність;
- здатність адаптуватися;
- лінгвістичні знання;
- обов'язок.

II. Огляд:

- організаційно-управлінські;
- адміністративно-технологічний;
- інформація та аналіз;
- консалтинг;
- дизайн;
- дослідження.

Також слід вдосконалити вивчення сутності та змісту ключових компетенцій у підготовці керівників органів охорони здоров'я. Включення основних компетенцій у навчальну програму для керівників систем охорони здоров'я допоможе розвинути основні професійні компетентності на основі відповідних загальних (універсальних) та професійних компетентностей. Для ефективної реалізації компетентнісного підходу необхідно вдосконалити використання активних та інтерактивних форм навчання у навчальному процесі.

Необхідно враховувати розвиток компетентностей у процесі розробки навчальної програми, а також розвиток таких навичок, як критичне мислення, лідерство, креативність, стратегічне планування, адаптація, володіння мовою, робота в команді тощо, що дуже важливо для наших країн. Отже, підготовка сучасних менеджерів з питань охорони здоров'я повинна бути спрямована на розвиток навичок майбутніх менеджерів.

Висновки до розділу 3

Професійна модель спеціаліста з управління охороною здоров'я в Україні добре зарекомендувала себе. Модель заснована на принципі взаємодії її основних елементів – професійної мети, професійних та психологічних вимог – і орієнтована на здобуття знань у галузі публічного управління та адміністрування, а також формування відповідних навичок.

Післядипломна підготовка керівників галузі охорони здоров'я в Україні спрямована на підтримку принципу безперервності освіти, основною метою якого є забезпечення та підтримка високого професійного рівня кваліфікованих робітників в умовах прискореного розвитку науки та соціально-економічних змін. Необхідний рівень кваліфікації менеджерів у галузі охорони здоров'я досягається поєднанням різних видів заходів подальшого навчання, а також систематичною самоосвітою та постійною практичною діяльністю менеджерів. Відповідно, ключовими компонентами моделі професійного навчання для керівників систем охорони здоров'я повинні бути компоненти управління, соціальні та психологічні стосунки та їх моделі.

Застосування компетентнісного підходу до розвитку управлінських навичок у секторі охорони здоров'я призводить до зміни кінцевих результатів навчального процесу – результатів навчання, що враховують поведінкові навички (цінності, мотиви, риси характеру тощо). У цьому контексті наголошується на необхідності пошуку та застосування методів та засобів навчання. Удосконалення форм, засобів, змісту та методів підготовки державних службовців з тим, щоб уряд міг модернізувати управління системою охорони здоров'я, необхідне нове науково-методичне забезпечення навчального процесу, а також вдосконалити форми та технології навчання.

ВИСНОВКИ

На основі результатів нашого дослідження ми зробили наступні висновки, пропозиції та рекомендації.

Концепція управлінського капіталу базується на розумінні того, що управлінські знання, компетенції та професійний досвід менеджерів мають приносити результати (прибуток), що необхідно розробляти та використовувати механізми відтворення управлінського капіталу на розширеній основі з використанням інноваційних соціальних економічного зростання. Проблема використання та відтворення управлінського капіталу може бути вирішена не лише на рівні окремих організацій, ця проблема має ознаки національного та глобального значення. Тому програмам розвитку капіталу управління необхідно надати статус пріоритетних національних програм, які мають бути максимально інтегровані в систему міжнародного співробітництва. По суті, необхідно розробити механізми збереження та розвитку управлінського капіталу, відновити позитивні якісні ознаки та додати нові ознаки інноваційної моделі.

Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок, що в сфері охорони здоров'я управлінський капітал – це професійно-інтелектуальна система взаємодії учасників процесу надання медичних послуг з метою вирішення проблеми або комплексу проблем соціально-економічного розвитку малих і великих організаційних структур, які мають базові ресурси, систему пріоритетних цілей, тощо чіткі механізми сталого соціально-економічного зростання. Можна сказати, що управлінський капітал реалізується через грамотну кадрову політику, спрямовану на командоутворення, постійний розвиток висококваліфікованих кадрів, здатних монетизувати знання, вміння та професійні навички. Сучасна практика набору та найму медичного персоналу для заміщення вакансій у державних медичних закладах є неефективною, непрозорою та неконкурентною. За відсутності реального ринку медичних працівників у державному секторі основа для

припинення конкуренції не використовується. Оцінка прийнятності на вакантну посаду кандидата в основному базується на формальних характеристиках, визначених у кваліфікаційних вимогах (диплом, професійний досвід, кваліфікаційна категорія тощо).

Медичні працівники недостатньо обізнані про заходи соціального захисту на робочому місці. Також не було вирішено забезпечити ефективний захист медичного персоналу від незаконних чи агресивних дій з боку медичних установ та відвідувачів пацієнтів.

У зв'язку з реформами та змінами в системі фінансування важливо спілкуватися між керівниками та працівниками організації та залучати працівників до стратегічних рішень. Непорозуміння в планах розвитку, модернізації обладнання чи інших проблемах може призвести до невдоволення співробітників, зниження мотивації або зміни штатного персоналу.

Аналіз навантаження в закладах охорони здоров'я державного сектора, як правило, відсутній або номінальний (аналізуються записи робочого часу). Відсутність моніторингу в режимі реального часу та кількості пацієнтів / випадків на одиницю медперсоналу та неповний моніторинг навантаження. Розподіл компонентів робочого часу певних категорій медичного персоналу в медичних закладах в даний час є винятком із звичайної практики управління навантаженням та оптимізації розгортання персоналу. Мала гнучкість у плануванні амбулаторних консультацій. Все більше медичних закладів переходять на електронні системи реєстрації та черг. Це допомагає зменшити час очікування пацієнта та навантаження медичного персоналу.

Перерозподіл обов'язків між працівниками обмежений. Хоча готовність медичного персоналу здобувати нові навички висока, ставлення до передачі функціональних обов'язків неоднозначне. Лікарі та медсестри розглядають це менше як «пом'якшення наслідків», ніж як потенційну втрату заробітної плати. Керівники охорони здоров'я наголошують на обмеженому перерозподілі обов'язків через чіткі правила для медичного персоналу та

відсутність необхідного персоналу для медсестер. Здебільшого обов'язки, що перекладаються з лікарів на медсестер (наприклад, моніторинг, звітування або координація), не клінічні, а адміністративні.

Підставою для вивчення міжнародного досвіду з медичними працівниками є аргумент, що різні країни мають різні підходи до регулювання своєї політики у галузі охорони здоров'я, стратегічного планування освіти, соціально-економічної безпеки та інших питань. Водночас проблеми з людськими ресурсами у секторі охорони здоров'я залишаються проблемами, які слід вважати пріоритетними навіть в економічно розвинених країнах світу, що підтверджують світові експерти в галузі охорони здоров'я.

Професійна модель спеціаліста з управління охороною здоров'я в Україні зарекомендувала себе. Модель заснована на принципі взаємодії її основних елементів – професійної мети, професійних та психологічних вимог – і орієнтована на здобуття знань у галузі управління та адміністрування, а також формування відповідних навичок.

Навчання менеджерів у сфері охорони здоров'я наступного покоління повинно бути міждисциплінарним та надавати знання з широкого кола питань управління. Дослідження показали, що такий підхід допоможе розвинути навички менеджерів у галузі охорони здоров'я ефективно вирішувати складні питання реформи охорони здоров'я.

Професіоналізм, відповідальність за прийняті рішення, культура лідерства, особисті якості лідера, що визначають навички самоменеджменту, психологічна готовність до лідерської діяльності та існування загальнолюдських цінностей – головні складові сучасної концептуальної моделі лідера у сфері охорони здоров'я.

Післядипломна підготовка керівників галузі охорони здоров'я в Україні спрямована на підтримку принципу безперервності освіти, основною метою якого є забезпечення та підтримка високого професійного рівня кваліфікованих робітників в умовах прискореного розвитку науки та соціально-економічних змін. Необхідний рівень кваліфікації менеджерів у

галузі охорони здоров'я досягається поєднанням післядипломної підготовки, а також систематичної самоосвіти та постійної практичної діяльності менеджерів. Відповідно, компоненти управління, соціально-психологічні відносини та їх закономірності повинні стати ключовими компонентами моделі професійного навчання керівників систем охорони здоров'я.

Застосування підходу до розвитку компетентностей менеджерів у секторі охорони здоров'я призводить до зміни кінцевих результатів навчального процесу – результатів навчання, що враховують поведінкові компетентності (мотиви, риси характеру, цінності тощо). У цьому контексті наголошується на необхідності пошуку та застосування методів та засобів навчання. Удосконалення змісту, форм, методів та засобів підготовки державних службовців. Для того, щоб державні органи могли гарантувати сучасне управління системою охорони здоров'я, необхідне нове науково-методичне забезпечення навчального процесу, а також вдосконалення форм та технологій навчання.

Одним з головних факторів успішної реалізації державної політики охорони здоров'я має стати ефективна політика в галузі людських ресурсів, яка регулюється відповідною законодавчою базою на державному рівні (відповідна державна концепція) та ступінь децентралізації місцевих громад, тим самим збільшуючи державу, суспільство та власність. Кожен з них повинен створити систему формування здорового способу життя та профілактики захворювань, засновану на принципі взаємної соціальної відповідальності.