

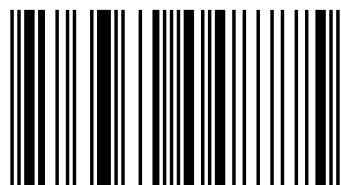
В книге описана высокая степень региональной и административно-территориальной диспропорции врачебного и среднего медицинского персонала между различными регионами страны. Освещается недостаточное кадровое обеспечение медицинской отрасли на внутриотраслевой структуре, а также низкий уровень подготовки как медицинского, так и управленческого персонала, что приводит к росту текучести и миграции медработников и снижению качества медицинского обслуживания. Показаны пути решения и реализации кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине.



Дмитрий Молотягин  
Александр Шапаренко

Молотягин Дмитрий Геннадьевич. Врач-терапевт. Магистр административного менеджмента. Магистр педагогики высшей школы. Шапаренко Александр Владимирович. Врач-терапевт. Магистр медицины. Магистр права. Магистр государственного управления.

## Государственная политика кадрового обеспечения мед. учреждений Украины



978-3-330-04877-5

 **LAMBERT**  
Academic Publishing

**Дмитрий Молотягин  
Александр Шапаренко**

**Государственная политика кадрового обеспечения мед.  
учреждений Украины**



**Дмитрий Молотягин  
Александр Шапаренко**

**Государственная политика  
кадрового обеспечения мед.  
учреждений Украины**

**LAP LAMBERT Academic Publishing RU**

## **Impressum / Выходные данные**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Библиографическая информация, изданная Немецкой Национальной Библиотекой. Немецкая Национальная Библиотека включает данную публикацию в Немецкий Книжный Каталог; с подробными библиографическими данными можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://dnb.d-nb.de>.

Любые названия марок и брендов, упомянутые в этой книге, принадлежат торговой марке, бренду или запатентованы и являются брендами соответствующих правообладателей. Использование названий брендов, названий товаров, торговых марок, описаний товаров, общих имён, и т.д. даже без точного упоминания в этой работе не является основанием того, что данные названия можно считать незарегистрированными под каким-либо брендом и не защищены законом о брендах и их можно использовать всем без ограничений.

Coverbild / Изображение на обложке предоставлено: [www.ingimage.com](http://www.ingimage.com)

Verlag / Издатель:

LAP LAMBERT Academic Publishing

ist ein Imprint der / является торговой маркой

OmniScriptum GmbH & Co. KG

Bahnhofstraße 28, 66111 Saarbrücken, Deutschland / Германия

Email / электронная почта: [info@omniscryptum.com](mailto:info@omniscryptum.com)

Herstellung: siehe letzte Seite /

Напечатано: см. последнюю страницу

**ISBN: 978-3-330-04877-5**

Copyright © Дмитрий Молотягин, Александр Шапаренко

Copyright © 2017 OmniScriptum GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. / Все права защищены. Saarbrücken 2017

## СОДЕРЖАНИЕ

ВСТУПЛЕНИЕ .....	7
РАЗДЕЛ 1. СОСТОЯНИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ.....	15
РАЗДЕЛ 2. СОСТОЯНИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ.....	25
2.1. Структурная диспропорция в кадровом обеспечении и основные риски: .....	25
2.1.1. Недостаточное обеспечение медицинскими кадрами .....	25
2.1.2. Старение кадрового потенциала .....	30
2.1.3. Диспропорция кадрового обеспечения .....	31
2.2. Снижение уровня квалификации кадров .....	36
2.3. Слабость механизмов государственного регулирования кадровой политики в сфере здравоохранения в Украине: .....	38
2.3.1. Отсутствие государственной концепции кадровой политики в сфере здравоохранения в Украине .....	38
2.3.2. Несовершенные механизмы контроля за выполнением процедуры распределения выпускников высших медицинских учебных заведений, которые учились по государственному заказу и наказания за невыполнение процедуры распределения .....	40
2.3.3. Несовершенны механизмы отбора в медицинские вузы ....	42
2.3.4. Несовершенная система планирования кадрового состава здравоохранения.....	44
2.3.5. Недостаток мотивации и заинтересованности в улучшении результатов собственной деятельности .....	46
2.3.6. Несоответствие между качеством подготовки медицинских кадров современным требованиям и потребностям медицинской отрасли и задачей реформирования медицинской сферы .....	51

РАЗДЕЛ 3. Основные направления оптимизации кадровой политики в сфере охраны здоровья в Украине:.....	55
3.1. Реализация государственной концепции кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине .....	55
3.2. Совершенствование нормативно-правовой базы кадровой политики .....	57
3.3. Совершенствование механизмов планирования .....	58
3.4. Совершенствование мотивационной составляющей .....	60
3.5. Совершенствование качества подготовки медицинских кадров .....	62
ВЫВОДЫ .....	63
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	67

## **ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

АМН – Академия медицинских наук

ВВП – внутренний валовый продукт

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЕС – Евросоюз

ВС Украины – вооруженные силы Украины

НАМН – Национальная академия медицинских наук

СМР – средние медицинские работники

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

СЗ – система здравоохранения

США – Соединенные штаты Америки

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт





## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы.** Вопросы развития отечественной сферы здравоохранения является одним из ключевых вопросов современной государственной политики. В течение последних лет проводятся определенные Программой экономических реформ на 2010-2014 годы (блок «Реформа медицинского обслуживания») [1] шаги по реформированию системы медицинского обслуживания населения. Главной целью реформ является улучшение здоровья населения, обеспечение равного и справедливого доступа всех граждан к медицинским услугам надлежащего качества.

Среди неотложных задач, стоящих перед отечественной системой здравоохранения, на первый план выступает усовершенствование кадровой политики. Кадровый потенциал является весомой составляющей ресурсного обеспечения системы здравоохранения. Наличие кадров, их квалификация и распределение, условия деятельности, оплата труда, социальное благополучие, материально-техническое и технологическое обеспечение трудового процесса обуславливают надлежащий уровень оказания медицинской помощи населению [2].

Кадровая политика призвана обеспечить эффективную деятельность медицинской отрасли. Это подтверждают и международные эксперты, которые отмечают, что для устранения рисков на пути достижения национальных и глобальных целей в области здравоохранения необходимо создать контингент квалифицированных, целеустремленных и авторитетных работников здравоохранения [3].

Эффективная кадровая политика должна быть направлена на улучшение результативности деятельности как отдельного медицинского работника, так и системы здравоохранения в целом. Стратегия разработки кадровой политики должна основываться на реальных потребностях медицинской отрасли, а особое внимание должно уделяться руководящему составу. «Лидер – это

человек, который может заставить других делать то, что им не нравится, и при этом делать вид, что им нравится это делать», – Гэри Трумэн.

Важность данного вопроса в разрезе проведения реформ заключается еще и в том, что, во-первых, львиная доля (более 40% в мире, а в Украине – более 70%) расходов на здравоохранение тратится на оплату труда работников системы здравоохранения. Но в Украине это не способствует повышению качества медицинской помощи. Более того, вопросы кадрового обеспечения в Украине остаются нерешенными и углубляются в процессе проведения реформ. Во-вторых, любые преобразования в сфере здравоохранения обязательно влекут за собой ряд рисков, которые тем больше будут выражены, чем меньше подготовлены к этим изменениям работники данной сферы. Это касается как объективных – таких как наличие кадров, так субъективных показателей – качества кадров, их стремления и готовности к качественной работе. Ведь ожидания специалистов, от которых требуется внедрение реформ, не всегда совпадают с ожидаемыми результатами самих реформ для общества. Именно поэтому для обеспечения эффективного внедрения системных изменений в медицинской сфере особое внимание следует уделять кадровому вопросу.

Проблемы в сфере кадрового обеспечения в Украине являются многочисленными и комплексными. Некоторые специалисты определяют ситуацию как кризисную, которая может стать реальной угрозой здоровью населения страны [4].

**Состояние научной разработки проблемы.** Особенности кадровой политики и системы профессиональной подготовки руководящих кадров в сфере здравоохранения исследовали Е.И. Булах, А.П. Волосовец, Ю.В. Вороненко, Д.В. Карамышев, А.П. Минцер, В.Ф. Москаленко, З.А. Надюк, В. Передерий, Ю.В. Поляченко, Я.Ф. Радыш, И.В. Рожкова, И.Н. Солоненко, М.М. Шутов и другие ученые [5-15].

Среди нерешенных составляющих исследуемой проблемы является вопрос обучения нового поколения управленцев в сфере здравоохранения на современном этапе.

В последнее время очень много медицинских работников-управленцев разного уровня, начиная с заведующего кабинетом и заканчивая начальниками управлений здравоохранения облгосадминистраций и руководителями структурных подразделений Министерства здравоохранения Украины, пытаются получить управленческое образование. Эта тенденция получает положительную динамику из года в год.

Прежде всего, это происходит потому, что специалисты, которые стремятся развиваться и идти в ногу со временем, ощутили потребность в получении специальных знаний, а также поняли, что им нужно подтверждение имеющегося статуса в изменчивой конкурентной среде, где в любое время может быть поставлена под сомнение квалификация специалиста, который занимает определенную должность. Следует констатировать, что система подготовки руководящих кадров для отрасли здравоохранения несовершенна и не отвечает настоящим требованиям. Имеется в виду прежде всего отсутствие ступенчатой системы подготовки профессиональных управленцев отрасли [5].

Значительное внимание вопросам государственной политики по профессиональной подготовке руководящих кадров здравоохранения уделяют Д.В.Карамисhev и Н.Н.Федак, которые анализируют нормативную базу для установления квалификационных характеристик и требований к руководителям сферы здравоохранения в зависимости от управленческого уровня и определяют основные направления государственной политики по повышению эффективности подготовки профессиональных управленцев в указанной сфере [5].

Развитие интеллектуального и кадрового менеджмента в государственном управлении здравоохранения исследуют М.Н. Белинская и Т.П. Попченко, которые научно обосновывают целесообразность исследования актуальных научных и прикладных проблем, связанных с кадровыми процессами в государственном управлении здравоохранения Украины, совершенствованием подготовки магистров государственного управления для сферы здравоохранения, и предлагают создание «Отраслевого стратегического

ситуативно-имитационного центра системы подготовки менеджеров здравоохранения Украины »на базе Национальной академии государственного управления при Президенте Украины с целью качественного повышения интеллектуальной составляющей менеджмента здравоохранения [6].

Вопросы кадровой политики в системе здравоохранения Государственной пограничной службы Украины изучает в своих исследованиях В.П. Мегедь и отмечает, что удовлетворение потребностей военнослужащих и населения в медико-профилактической, лечебно-диагностической или рекреационной помощи/услуге, их объем и качество, как и эффективное управление ими, непосредственно зависят от определенности кадровой политики и обеспечения целенаправленного управления персоналом (как направлением работы и как службой), а потому становятся обязательными и ключевыми элементами функционирования системы здравоохранения всех форм собственности [7].

Государственное управление подготовкой кадровых ресурсов семейной медицины стало предметом рассмотрения Н.В. Банчука, в исследованиях которого проведен экономический анализ затрат и методологии их формирования на обучение специалистов по специальности общая практика – семейная медицина в высших медицинских учебных заведениях; проанализированы подходы к рациональному управлению этими затратами за счет внедрения системы управленческого учета и предложены новые концептуальные подходы по организационным и экономическим аспектам подготовки кадровых ресурсов семейной медицины для первичного звена здравоохранения [8].

Государственное управление образованием специалистов здравоохранения в условиях перестройки отрасли в Украине исследует Т.И. Чернышенко, которая научно обосновывает разработку организационно-правовых основ совершенствования государственного управления системой образования из специалистов здравоохранения в Украине, определение его сущности, содержания и особенностей, адаптацию к международным нормам и стандартам [9].

Государственное управление системой формирования кадрового потенциала медицинской службы Вооруженных Сил Украины (далее – ВС Украины) в контексте европейской и евроатлантической интеграции Украины освещает В.А. Жаховский и разрабатывает практические рекомендации по оптимизации механизмов государственного управления этой сферой, а именно: уточняет содержание понятия «кадровая политика военно-медицинской службы»; устанавливает факторы и условия, влияющие на формирование кадрового потенциала медицинской службы ВС Украины; исследует существующую систему формирования кадрового потенциала медицинской службы ВС Украины и управления им; раскрывает сущность и механизм государственного управления системой подготовки и профессионального совершенствования военных врачей и руководителей военно-медицинской службы ВС Украины; обосновывает концепцию оптимизации системы государственного управления формированием кадрового потенциала медицинской службы ВС Украины [10].

Вопросами государственного управления подготовкой руководителей для здравоохранения Украины в условиях европейской интеграции занимается Т.М. Курило, которая уточняет основные направления и тенденции в подготовке руководителей системы здравоохранения в странах ЕС, России и США с целью использования положительного опыта в Украине; конкретизирует функции и качества руководителей здравоохранения нового поколения и исследует с применением сравнительного анализа общее, особенное и индивидуальное в условиях, содержании и процедурах подготовки руководителей лечебно-профилактических учреждений и менеджеров здравоохранения; обобщает результаты теоретического исследования и разрабатывает на их основе Проект подготовки управленческих кадров для сферы здравоохранения и медицинской помощи и Номенклатуру специальностей в области медицинского менеджмента; формулирует рекомендации и предложения по совершенствованию механизмов государственного управления подготовкой

руководителей для системы здравоохранения Украины как основы повышения эффективности отрасли [11].

Я.Ф. Радыш обобщает принципы отбора и подготовки руководителей органов управления (государственных служащих) и менеджеров здравоохранения и определяет алгоритм их подготовки; исследует профессиональную модель современного специалиста по государственному управлению здравоохранением в едином медицинском пространстве Украины [12].

Медико-социальные основы реформирования медсестринских кадровых ресурсов системы здравоохранения исследует М.Б. Шегедин, а именно: предлагает оценку медсестринских кадровых ресурсов в системе здравоохранения Украины, выявление актуальных проблем в их подготовке и использовании; обосновывает направления реформирования системы подготовки и использования медицинских сестер в сфере здравоохранения; разрабатывает основные концептуальные подходы к развитию сестринского дела в Украине; предлагает создание организационной модели высшего ступенчатого непрерывного медсестринского образования, разработку и внедрение в практику подготовки медицинских сестер различных образовательных и квалификационных уровней государственных образовательных стандартов; внедряет новейшие педагогические технологии в подготовке медсестринских кадров [13].

В.Б. Подрушняк обосновывает и разрабатывает квалификационные критерии в системе профессиональной подготовки и использования медицинских кадров в здравоохранении, а именно: исследует отношение медицинских работников к качеству их профессиональной подготовки и усовершенствования; определяет подходы к классификации медицинских профессий в Украине и за рубежом; обосновывает разработку квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения и мерах по совершенствованию системы подготовки и использования медицинских работников [14].

В.В. Пасько научно обосновывает современную систему подготовки кадровых ресурсов военной медицины в Украине, а именно: концептуальные подходы к модели системы военно-медицинского образования в Украине и принципов ее построения; формирование нормативно-правовых основ, организационных и организационно-штатных структур новых военно-медицинских учебных заведений в нашей стране; создание системы и стандартов подготовки военно-медицинских специалистов для кадра и запаса ВС Украины и других военных формирований; подсистему научной и научно-технической деятельности в военно-медицинской службе ВС Украины; определяет принципы построения и функционирования учреждений подготовки младших специалистов медицинской службы [15].

Таким образом, современная ситуация в отечественном здравоохранении требует проведения глубинных преобразований в системе разработки государственной кадровой политики в сфере здравоохранения, которая, с одной стороны, должна учитывать общемировые тенденции и рекомендации ВОЗ по решению кадровых проблем в СОЗ, а с другой – ориентироваться и отталкиваться от внутренних условий, позиций и особенностей.

**Цель и задания исследования.** *Целью* исследования является анализ системы подготовки кадров для отрасли здравоохранения и дальнейшее использование подготовленного кадрового ресурса.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих *задач*:

1. Определить концептуальные подходы к формированию и направления реализации кадровой политики в системе здравоохранения Украины.
2. Расширить представление об использовании стратегического и программно-целевого планирования как форм государственного регулирования развития системы здравоохранения в контексте кадровой политики.
3. Охарактеризовать важнейшие составляющие государственной политики, а также трудности в реализации программы подготовки и использования кадровых ресурсов здравоохранения.



4. Обосновать необходимость внесения изменений в систему подготовки, переподготовки и оценки медицинских работников разных уровней.

*Объект исследования:* система кадрового обеспечения медицинских учреждений Украины.

*Предмет исследования:* государственная политика в сфере кадрового обеспечения медицинских учреждений Украины.

*Методы исследования.* В ходе исследования данной темы использовались следующие методы: анализа и синтеза; индукции и дедукции (обоснование необходимости внедрения нового алгоритма подготовки медицинских работников разных уровней, внедрение его на территории всей страны и дальнейшее использование и оценка подготовленных кадров здравоохранения).

**Новизна исследования** заключается в разработке научных положений и получении новых выводов, которые в совокупности способствуют решению ряда научных задач государственного управления кадровым обеспечением здравоохранения в Украине на основании использования опыта стран Европы, которые активно осуществляли реформы в своих национальных системах здравоохранения в течение последних десятилетий.

**Практическое значение полученных результатов** заключается в том, что разработанные и научно обоснованные в работе научные положения, выводы и рекомендации могут быть применены в практической деятельности медицинских учреждений различных уровней, центральных и местных органов власти с целью совершенствования процесса государственного управления кадровым обеспечением здравоохранения Украины, в высших учебных заведениях, в разработке учебных программ, учебников, пособий и спецкурсов.

Апробация результатов работы. Основные результаты исследования опубликованы на межкафедральных научно-практических семинарах, посвященных проблемам формирования и реализации кадровой политики в системе здравоохранения Украины, а также на международных конференциях.

## РАЗДЕЛ 1.

### СОСТОЯНИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения имеют глобальный характер. Международные эксперты указывают, что любые самые передовые технологии и достижения в сфере медицины не смогут положительно повлиять на здоровье населения при отсутствии надлежащим образом подготовленных работников системы здравоохранения.

Еще в 2006 году в Докладе о состоянии здравоохранения в мире [16], ВОЗ отметила, что для увеличения эффективности кадров здравоохранения нужны новые стратегии, и призывает с целью преодоления кадрового кризиса увеличить инвестиции в развитие человеческих ресурсов, повысить производительность и способствовать справедливому распределению и использованию рабочей силы.

Всемирная ассамблея здравоохранения приняла ряд резолюций, касающихся различных аспектов кризиса кадровых ресурсов здравоохранения, в частности:

– Резолюции WHA57.19 (2004 г.) и WHA58.17 (2005 г.) «Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза систем здравоохранения в развивающихся странах» приняты с целью разработки стратегии смягчения неблагоприятных последствий трудовой миграции медицинских работников, чтобы свести к минимуму его негативное влияние на систему здравоохранения [17];

– Резолюция WHA59.23 (2006 г.) «Быстрое увеличение масштабов подготовки работников здравоохранения» принято с целью улучшения подготовки компетентного медико-санитарного персонала [17];

– Резолюция WHA59.27 (2006 г.) «Укрепление сестринского и акушерского дела» принято с целью разработки и внедрения комплексной

программы по подготовке и высококвалифицированных сестринских и акушерских кадров и повышение их профессиональной мотивации [17].

Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения (в 2008 г.) «Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние» привлекает внимание к выработке действенных стратегий повышения эффективности систем здравоохранения, в том числе и по кадровому обеспечению, на фоне растущих требований по обеспечению стабильности и солидарности [18].

«Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения» ВОЗ (2009 г.) [19] содержит необходимый инструментарий для активного мониторинга и управления кадровыми ресурсами.

Несмотря на ряд проведенных мероприятий и принятых документов по улучшению кадрового обеспечения сферы здравоохранения, существенных положительных изменений так и не достигнуто. Сегодня происходит глобальный кризис в сфере трудовых ресурсов здравоохранения [20].

Проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, эксперты ВОЗ определяют одними из основных препятствий достижения Целей тысячелетия в области развития [21]. К типичным недостаткам кадрового обеспечения системы здравоохранения относят следующие:

- Изменения демографических и эпидемиологических характеристик (старение населения, влияние новых методов диагностики и лечения, рост процессов мобильности и миграции населения и др.).
- Сохраняются традиционные подходы к подготовке, распределению и управлению кадровыми ресурсами, не удовлетворяющие современным требованиям системы здравоохранения.
- Выраженная неоднородность в географическом распределении и профессиональной структуре работников здравоохранения (общая численность медицинских кадров, соотношение врачей и медсестер; дисбаланс специалистов общей практики и узких специалистов; кадровое обеспечение медицинской отрасли в городе и селе и др.).

– Отсутствие адекватной системы планирования и прогнозирования потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения.

– Несовершенная и ненадежная информационная и исследовательская база кадровых ресурсов здравоохранения.

– Общие проблемы кадровых ресурсов здравоохранения (дефицит медицинских кадров, дисбаланс практических навыков в зависимости от интенсивности нагрузки врачебной практикой, неравномерное распределение медицинских кадров, неудовлетворительные условия рабочей среды, трудовая миграция медицинских кадров) [21].

Эксперты ВОЗ указывают на следующие проблемы кадрового обеспечения сферы здравоохранения:

– Сложность структуры кадровых ресурсов: по оценкам ВОЗ, подготовленным на основе результатов национальных переписей, обследований трудовых ресурсов и статистических источников, в настоящее время в мире насчитывается более 59 миллионов медико-санитарных работников, занятых полный рабочий день. К этим работникам относятся те из них, основная функция которых заключается в укреплении здоровья, плюс медико-санитарные работники, занятые в организациях, не входящих в систему здравоохранения (такие, как медицинские сестры, зачисленные в штат той или иной компании или школьной амбулатории и т.д.) [22].

Сложную структуру кадров сферы здравоохранения подтверждает и номенклатурный перечень профилей только чисто медицинской и фармацевтической деятельности сферы здравоохранения (например, в России он составляет 103 единицы специализации, в Европейских странах – более 53 единиц специализации, в Украине только врачебных специальностей – 123 [23]) [24].

Сложная структура кадров сферы здравоохранения усложняет механизмы планирования потребностей в кадрах. Ведь учет данной категории трудовых ресурсов важен как с точки зрения развития собственно сферы здравоохранения, так и с точки зрения построения стратегии развития кадровой

политики и формирования механизмов обеспечения кадрами, в зависимости от потребностей в тех или иных специалистах системы здравоохранения.

– Проблемы статистического учета медицинских кадров. Существующая статистическая база медицинских кадров не в полной мере учитывает сложную кадровую структуру отрасли. Соответственно, неполная (или искаженная) статистическая информация относительно кадрового обеспечения отрасли, приводит к неэффективному планированию подготовки и переподготовки медицинских кадров.

Недостатки статистической отчетности и отсутствие общепринятых определений и аналитических инструментов усложняют задачу проведения мониторинга кадровых ресурсов здравоохранения на любом уровне – от глобального и регионального до национального и субнационального.

– Дефицит кадров. Дефицит кадров здравоохранения в мире составляет около 2,3 мил врачей, медсестер и акушерок и более 4 млн работников здравоохранения в целом. В некоторых регионах мира, особенно в странах Африки к югу от Сахары, для преодоления кризиса численность имеющихся кадров здравоохранения должна быть увеличена почти на 140%. Для покрытия кадрового дефицита в мире нужно, как минимум, 4,25 млн работников сферы здравоохранения (2,36 млн медицинских работников и 1,89 млн административных работников и специалистов немедицинского профиля) [21]. Согласно статистическим данным, в целом на 10000 населения земного шара приходится 13 врачей. Причем существуют значительные колебания по регионам. Так, в странах Африки на 10000 населения приходится лишь 2 врача, тогда как в Европе – 32. Различия есть и в обеспеченности средним медицинским персоналом: на 10000 населения приходится 28 медицинских сестер и акушерок, при этом меньше всего – в Африке – 11, а в Европе – 79 на 1000 населения [21].

– Соотношение численности среднего медицинского персонала и численности врачей. По данным ВОЗ, оптимальное соотношение составляет 4 к 1. Такое внутрикадровое соотношение имеют такие страны как Канада, США,

тогда как в некоторых регионах этот показатель варьирует в пределах от 8: 1 – в Африке, до 1,5: 1 – в регионе Западной части Тихого океана, а в таких странах как Мексика, Перу, Сальвадор и Чили на одного врача приходится менее одной медсестры.

Европейский регион также имеет соответствующие проблемы кадрового обеспечения (табл. 1) [25]. По данным ВОЗ, количество врачей на 10 тыс. населения в среднем в Европе составляет 36, в странах Восточной Европы – 33,2. Средний показатель для стран СНГ – 46. (В Украине показатель обеспеченности практикующими врачами составляет 26,5 на 10 тыс. населения).

Анализ по отдельным странам показывает выраженную неравномерность (как в географическом распределении, так и в профессиональной структуре) между отдельными странами данного региона [6]. По данным ВОЗ, в регионе наблюдается большой разрыв в обеспеченности медицинскими кадрами на 1000 населения: соотношение между странами с наиболее низкой и наиболее высокой численностью составляют: 1:6 для врачей, 1:10 для стоматологов, 1:50 для фармацевтов, 1:8 для медсестер и 1:12 для акушерок.

Таблица 1

**Кадровое обеспечение некоторых стран Европы и США<sup>1</sup>**

№	Страна	Врачи		СМП		Больничные койки (на 10 тыс. населения)
		Общее кол-во	Обеспеченность (на 10 тыс. населения)	Общее кол-во	Обеспеченность (на 10 тыс. населения)	
1	Беларусь	49 380	51,8	125 032	131,1	111
2	Болгария	27 988	37,3	35 250	47,0	66
3	Великобритания	166 006	27,4	613 201	101,3	33
4	Греция	69 030	61,7	2 626	2,4	48
5	Эстония	4 378	33,3	8 605	65,5	54
6	Италия	202 866	34,9	16 893	2,9	36

7	Латвия	6 753	29,9	10 929	48,4	64
8	Германия	297 835	36,0	918 000	111,0	82
9	Норвегия	19 579	41,6	150 334	319,3	33
10	Польша	82 813	21,6	222 667	12,7	67
11	Россия	614 183	43,1	1 214 292	85,2	97
12	Румыния	48 484	22,7	125 699	58,8	66
13	Словения	4 915	25,1	16 460	83,9	46
14	<b>Украина<sup>2</sup></b>	<b>196 085</b>	43,1	421 987	94,5	90,6
15	Финляндия	15 384	29,1	126 869	239,6	62
16	Франция	212 132	34,5	18 835	3,1	69
17	Чехия	37 351	36,7	88 874	87,4	71
18	Швеция	34 383	37,7	108 163	118,6	28

Примечания: <sup>1</sup> Данные за 2008–2013 гг.

<sup>2</sup> По данным Минздрава Украины

*Примечание: Некоторые страны опубликовали подсчеты количества медсестер (в пересчете на занятых полный рабочий день), необходимого для баланса спроса и предложения подготовки медицинских кадров для каждого года следующего десятилетия. При этом, Нидерланды сообщили о дефиците в 7000 медсестер (1% от зарегистрированного практикующего персонала). Дефицит медсестер в Норвегии оценивается в 3300 или 5,4% практикующих медсестер. В Швейцарии работают на 3000 (4,6%) меньше медсестер общего профиля, чем необходимо [6].*

Следует отметить, что, согласно прогнозам экспертов, кадровый дефицит (как врачей, так и специалистов среднего звена) с годами будет расти [6].

– Неравномерность в распределении медицинских кадров, географический дисбаланс. Почти все страны мира страдают от неравномерного территориального распределения медицинских работников, которые, как правило, сконцентрированы в городских районах и крайне слабо – в сельских. Такая ситуация, как указывают эксперты ВОЗ, имеет широкое распространение и представляет собой серьезную проблему в области обеспечения медико-санитарных услуг на национальном уровне. Вместе с тем его влияние проявляется наиболее ощутимо в странах с низким уровнем доходов. Этому есть две причины: одна заключается в том, что многие из этих стран уже и так страдают от острой нехватки работников здравоохранения во всех районах, а другая – в том, что доля населения, проживающего в сельских

районах, как правило, более значительная в беднейших странах, чем в богатых [26].

Неравномерное распределение, по нашему мнению, является одной из самых сложных проблем в вопросах кадрового обеспечения. Ведь оно касается вопросов всеобщего охвата населения медико-санитарной помощью, профессиональной подготовки, дальнейшей квалификации, трудовой миграции (не только внутренней, но и внешней), межотраслевых проблем социально-экономического развития сельской местности.

– Рост мобильности (незапланированная миграция). На сегодня, как указывают международные эксперты, все страны мира является частью общего рынка труда, одной из характеристик которого является увеличение внутренней и международной профессиональной мобильности работников сферы здравоохранения [27]. Следует отметить, что миграция (как внутренняя, так и внешняя) работников сферы здравоохранения существовала всегда. Однако в последние годы миграционные процессы значительно активизировались, особенно в Европе, ведь стимулирование трудовой миграции является ключевым моментом политики ЕС, основанной на принципе свободного передвижения людей в соответствии с требованиями единого европейского рынка. При существующем разрыве между доходами в «старых» странах ЕС и «новых» странах Восточной и Центральной Европы, значительно активизировался процесс найма медсестер, врачей и других работников здравоохранения «новых» стран ЕС «старыми» странами ЕС [28]. Это, в свою очередь, влечет за собой оживление трудовой миграции из стран постсоветского пространства в «новые» страны ЕС. Ведь неудовлетворительные условия труда в этих странах в сочетании со значительно лучшими условиями труда и высоким заработным платам в более богатых странах, способствуют тому, что тысячи медицинских работников выезжают из своей страны с целью трудовой миграции [28].

– Условия труда, отсутствие мотивации. Как уже отмечалось, эффективность работы системы здравоохранения, в первую очередь, зависит от



производительности труда, уровня подготовки ее сотрудников, рационального использования кадров и их мотивации к работе. Поэтому международное сообщество, специалисты ВОЗ в последнее время уделяют много внимания именно проблемам рабочей среды медицинских работников, указывая на то, что меры по созданию благоприятной рабочей среды играют ключевую роль в обеспечении как достаточного количества кадров здравоохранения, так и высокого качества, производительности и мотивации этих кадров. Этот вопрос становится все более актуальным в связи с тем, что экономический кризис значительно ухудшил мотивационные составляющие. Так, например, Болгария и Венгрия заморозили заработную плату в государственных больницах. Венгрия отменила выплаты ежегодной тринадцатой зарплаты. Ирландия и Литва также рассматривают возможность снижения оплаты труда. То есть, требования и нагрузки растут, а заработные платы, другие мотивационные факторы снижаются, что вызывает обоснованный протест работников сферы здравоохранения во всем мире.

– Ограниченные возможности в регулировании и управлении и слабая информационная база кадров. Одной из главных проблем является отсутствие или ненадлежащий уровень систем мониторинга составляющих вышеупомянутых проблем, что крайне необходимо для разработки кадровой политики, планирования, проведения программ и отчетности [19]. Основными проблемными моментами при этом являются следующие:

- в разных странах используются различные системы классификации медицинского персонала, его обязанностей, что почти не дает возможности проводить сравнительный анализ между странами;

- отсутствуют согласованные стандарты для сбора данных, а достоверность и надежность данных весьма неравномерна;

- отсутствует система сбора своевременной, достоверной, актуальной статистической информации по возрастной структуре трудовых ресурсов СЗ, участия в рынке труда, продолжительности рабочего дня, производительности работы, оплаты труда, институционального и географического распределения, а

также распределения по типу и уровню услуг как в государственном, так и в частном секторе;

- недостаток доступной информации о качестве образования и подготовки медицинских кадров, их готовности к практической деятельности.

Таким образом, проведенный срез ключевых проблем кадровой политики в сфере здравоохранения в мире показал, что данная проблематика имеет всеобъемлющий характер, межсекторальные взаимодействия факторов и влияет на кадровые проблемы отдельных стран, в том числе и Украины. Вместе с тем, Украина имеет ряд особенностей.

### **Выводы к разделу 1**

1. Почти все страны мира страдают от неравномерного территориального распределения медицинских работников, которые, как правило, сконцентрированы в городских районах и крайне слабо – в сельских. Такая ситуация имеет широкое распространение и представляет собой серьезную проблему в области обеспечения медико-манитарных услуг на национальном уровне.

2. Сложная структура кадров сферы здравоохранения усложняет механизмы планирования потребностей в кадрах, ведь учет данной категории трудовых ресурсов важен как с точки зрения развития собственно сферы здравоохранения, так и с точки зрения построения стратегии развития кадровой политики и формирования механизмов обеспечения кадрами, в зависимости от потребностей в тех или иных специалистах СЗ.

3. Недостатки статистической отчетности и отсутствие общепринятых определений и аналитических инструментов усложняют задачу проведения мониторинга кадровых ресурсов здравоохранения на любом уровне – от глобального и регионального до национального и субнационального.

4. Дефицит медицинских кадров, неравномерность в их распределении является одной из самых сложных проблем в вопросах кадрового обеспечения, ведь это касается вопросов всеобщего охвата населения медико-санитарной помощью, профессиональной подготовки, дальнейшей квалификации, трудовой миграции, межотраслевых проблем социально-экономического развития сельской местности и т. п.

5. В последние годы значительно активизировались процессы трудовой миграции из стран постсоветского пространства в страны ЕС, ведь неудовлетворительные условия труда в этих странах в сочетании со значительно лучшими условиями труда и высоким заработным платам в более богатых странах способствуют тому, что тысячи медицинских работников выезжают из своей страны.

6. Мероприятия по созданию благоприятной рабочей среды играют ключевую роль в обеспечении как достаточного количества кадров здравоохранения, так и высокого качества, производительности и мотивации этих кадров, что становится все более актуальным в связи с ухудшением экономической ситуации, ростом требований и нагрузки.

7. Для разработки кадровой политики, планирования, проведения программ и отчетности необходим надлежащий уровень систем мониторинга составляющих вышеупомянутых проблем.

## РАЗДЕЛ 2.

### СОСТОЯНИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

#### **2.1. Структурная диспропорция в кадровом обеспечении и основные риски**

В Украине задачи развития эффективной кадровой политики имеют две ключевые проблемы: во-первых, отсутствие единой стратегии кадровой политики в сфере здравоохранения, во-вторых – наличие определенной несоответствия официальной отчетности о качестве кадрового потенциала страны реальному положению дел [29]. Для разработки эффективной политики кадровых ресурсов необходимо проведение тщательного анализа ситуации с выявлением основных достижений, проблем, возможностей и угроз для ее реализации.

Кадровый потенциал сферы здравоохранения Украины, в соответствии со штатными расписаниями учреждений здравоохранения по профилям обслуживания, состоит из таких основных категорий: врачи, средние медицинские работники (СМР), младший медицинский персонал и другие категории обслуживающего персонала.

Значительный контингент численности как врачей, так и СМР работает за пределами заведений здравоохранения системы Минздрава: численность врачей в других ведомствах составляет более 26 тыс. человек, а численность СМР – 57 тыс. человек [30].

По данным официальной статистики, общая численность врачей (без зубных врачей) в Украине (все формы ведомственного подчинения и собственности) в 2013 году составила 224,1 тыс. [31] (в 2012 году – 224,9 тыс.). Медицинскую помощь населению Украины предоставляют учреждения здравоохранения, подчиненные Минздрава Украины, Мининфраструктуры Украины, АМН Украины, а также учреждения здравоохранения частной

собственности и тому подобное. Основную долю общего количества врачей здравоохранения Украины составляют врачи системы Минздрава – более 87% врачебного кадрового потенциала [32]. Поэтому анализ структурного состава кадрового обеспечения отечественной сферы здравоохранения мы будем проводить по кадровому составу системы Минздрава Украины. Тем более, что с официальной статистикой кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине в целом есть определенные сложности – целостной картины просто не существует.

### ***2.1.1. Недостаточное обеспечение медицинскими кадрами***

Поверхностный анализ кадровой политики здравоохранения в Украине не указывает на существенные проблемы. На первый взгляд кажется, что некоторая тенденция сокращения медицинских кадров соответствует общей тенденции уменьшения общей численности населения Украины. Однако углубленный анализ указывает на ряд проблем в кадровом обеспечении отрасли, которые, с одной стороны, являются признаком отсутствия стратегического планирования кадровой политики в здравоохранении, а с другой – делают невозможным эффективность внедрения реформ медицинской отрасли.

Кадровое обеспечение сферы здравоохранения в Украине (Табл.2) имеет определенные проблемы, а именно:

– *сокращение численности медицинских работников* (как врачей, так и работников среднего звена). В целом по области, по сравнению с 1995 г., численность медицинского персонала сократилась на 125 тыс. человек (6 тыс. – врачей и 119 тыс. СМР), за последний год – на 8 тыс. человек (1 тыс. – врачей и 7 тыс. – СМРП). По состоянию на конец 2011 г., в отрасли было занято более 1 млн человек, из них 196 085 врачей (без зубных) и 421987 СМР [32, 33]. При этом, подавляющее большинство составляли женщины (более 80%). Врачи

занимали 220408 врачебных должностей (при количестве штатных врачебных должностей – 243 162), более 24 тыс. должностей в лечебных учреждениях заняты по совместительству, коэффициент совместительства составил 1,12.

– *неукомплектованность должностей как врачей, так и СМР.* Процент укомплектованности врачами составил 80,6% [33], при этом процент укомплектованности врачами областных больниц – 85,1%, городских – 77,8%, центральных районных больниц – 76,2%, участковых – 71,3%, поселковых врачебных амбулаторий – 69,2% [34]. Количество свободных штатных должностей составляет 47,1 тыс. Укомплектованность врачебными кадрами составляет 75% в 13 регионах страны. При этом, самый низкий процент укомплектованности наблюдается в Кировоградской (67,6%), Херсонской (70,3%), Николаевской (71,1%), Сумской (72,3%) и Черниговской (72,5%) областях.

Таблица 2

*Характеристика кадрового потенциала сферы здравоохранения Украины<sup>1</sup>*

	1995	2000	2005	2008	2011	2013
Всего врачей всех специальностей (тыс.)	230	226	224	222 <sup>2</sup>	225 <sup>2</sup>	224 <sup>2</sup>
На 10 тыс. населения	45,1	46,2	47,9	48,3	49,3	49,3
Всего врачей, (тыс.)	206,2	200,1	194,7	196,2	197,1	196,1
Обеспеченность (на 10 тыс. населения)	40,4	40,8	41,6	42,7	43,2	43,1
Штатные врачебные должности (без зубных врачей), (тыс.)	292,6	238,8	241,03	244,19	244,0	243,2
Укомплектованность штатных врачебных должностей физическими лицами, (%)	70,5	83,8	80,8	80,3	80,8	80,6
Лица пенсионного возраста (%)	17,5	18,2	21,0	22,9	24,5	25,2
Всего среднего медицинского персонала, (тыс.)	540	486	438,8	430	428,7	421
Укомплектованность штатных должностей физическими лицами, (%)	86,3	101,0	97,6	95,2	95,2	94,5
Лица пенсионного возраста (%)	12,1	10,4	13,5	14,8	15,8	16,1

Примечания: <sup>1</sup> По данным Минздрава Украины

<sup>2</sup> Без стоматологов

Что касательно среднего медицинского персонала, то, начиная с 2000 года, наблюдается устойчивая тенденция к его сокращению. На сегодняшний день не укомплектовано более 24 тыс. штатных должностей среднего медицинского персонала. Самый низкий уровень укомплектованности наблюдается в г. Киеве (75,4%), а также в Киевской (85,3%) и Днепропетровской (86,4%) областях. В целом по Украине наблюдается недостаточное количество среднего медицинского персонала как в абсолютном значении, так и в соотношении к врачам (в среднем – 2,15:1 (а, например, в таких регионах, как Ивано-Франковская, Львовская, Черновицкая, Харьковская области и г. Киеве на одного врача приходится менее двух СМР), тогда, как в Европе этот показатель составляет – 3-4:1). Это вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития таких направлений здравоохранения, как сестринский уход на дому, патронажная служба, реабилитация и тому подобное.

Уровень обеспеченности врачами, по Украине, на первый взгляд, достаточно высок – 43,1 на 10 тыс. населения, что превышает среднеевропейский показатель (33 на 10 тыс. населения). Однако среднеевропейский показатель указывает на обеспеченность врачами-практиками, тогда как в Украине этот показатель включает также организаторов здравоохранения, методистов, санитарных врачей и ученых, и только 27,0 на 10 тыс. – собственно обеспеченность врачами, которые непосредственно оказывают медицинскую помощь населению, что значительно меньше, чем среднеевропейский показатель (рис. 1). По состоянию на 2013 год в Украине не хватало 46,9 тыс. врачей (из них более 6000 в сельской местности) и 24,8 тыс. младших специалистов с медицинским образованием [34, 35]. Наиболее ощутимый дефицит медицинских кадров – как врачей, так и СМР – наблюдается в Днепропетровской области и г.Киеве [33].

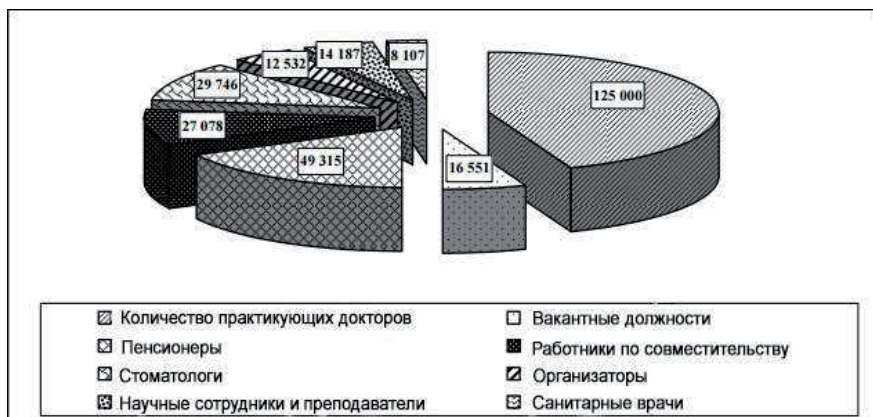


Рис. 2.1. Кадровая ситуация в отечественной сфере здравоохранения

Если показатель обеспечения населения врачами в общем разрезе не вызывает беспокойства и даже имеет некоторую тенденцию к повышению, то обеспечение населения СМР стабильно снижается (рис. 2).

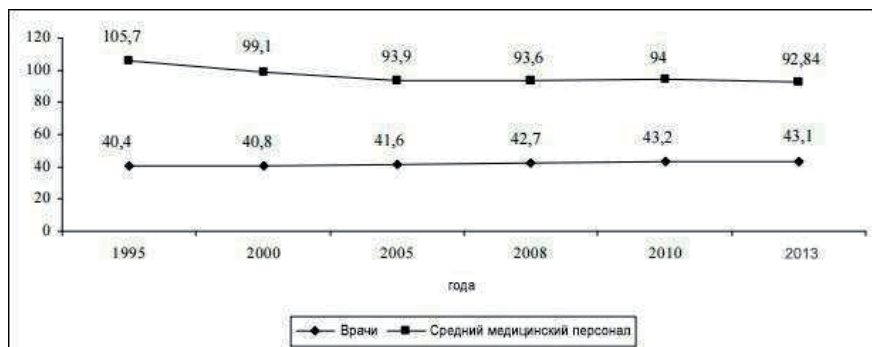


Рис. 2.2. Динамика обеспеченности населения Украины врачами (без зубных) и средними медицинскими работниками (на 10 тыс. населения)



Как видно из диаграммы, темпы снижения обеспеченности населения СМР значительно превышают темпы роста обеспечения населения врачами.

Таким образом, анализ общей укомплектованности и обеспеченности медицинскими кадрами здравоохранения указывает на растущий дефицит кадров как врачей, так и среднего медицинского персонала.

### 2.1.2. Старение кадрового потенциала

В системе здравоохранения Украины из общего количества работающих врачей и среднего медицинского персонала, более 117 тыс. – лица пенсионного возраста (почти 50 тыс. врачей и почти 68 тыс. СМР) [40]. Эти цифры из года в год увеличиваются (рис. 3).

Если удельный вес лиц пенсионного возраста среди врачей в 1998 году составляла 18,5%, то на конец 2013 года – 25,15%. Еще около 15% врачей – лица предпенсионного возраста.

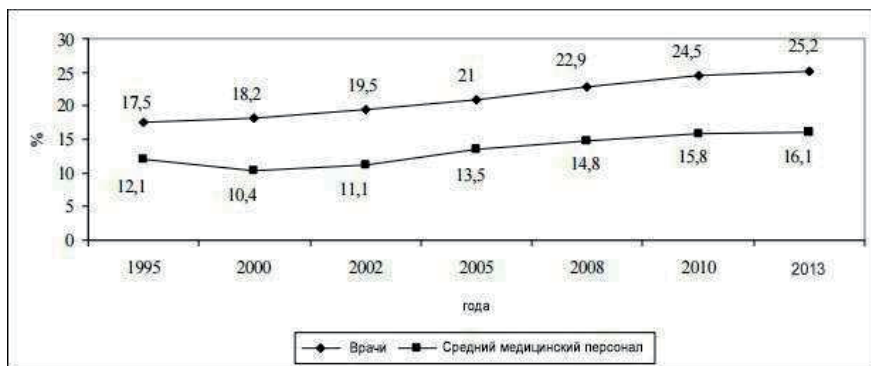


Рис. 2.3. Динамика «старения» медицинских кадров в Украине

Особенно остро эта проблема стоит на первичном звене. Наибольший процент «старения» кадров наблюдается в таких регионах как Киевская

(29,4%), Днепропетровская (27,8%), Кировоградская (28,5 %), Николаевская (28,3%), Херсонская (28,7%), Черкасская (31,5%), и Черниговская (28,4%) области [33]. Особое беспокойство при этом вызывают Кировоградская, Николаевская и Херсонская области, где достаточно высокий процент врачей пенсионного возраста сочетается с низкой обеспеченностью врачами, в конце концов может привести к кадровому «провалу».

Из числа работающих средних медицинских работников – 16,1% – лица пенсионного возраста. Самый высокий процент кадрового старения среди СМР наблюдается в Одесской (19,1%) и Киевской (19,2%) областях и г. Киеве (19,7%). Особое беспокойство в обеспечении медицинской сферы младшими специалистами с медицинским образованием вызывает г.Киев, высокий процент работающих пенсионеров в данной области наблюдается на фоне низких по отрасли показателей обеспеченности и укомплектованности СМР и худшим соотношением врач:СМР (1:1,35) [33]. Такая ситуация вызывает удивление, поскольку в г. Киеве насчитывается 5 медицинских колледжей, которые готовят младших специалистов с медицинским образованием.

### ***2.1.3. Диспропорция кадрового обеспечения***

Региональная диспропорция (между различными регионами страны, а также городской и сельской местностями).

По данным статистики, в Украине наблюдается высокая степень региональной диспропорции: отношение наивысшей плотности врачей к самой низкой по регионам составляет от 8,4 (в Киеве) до 3,6 (в Кировоградской и Херсонской областях) [36].

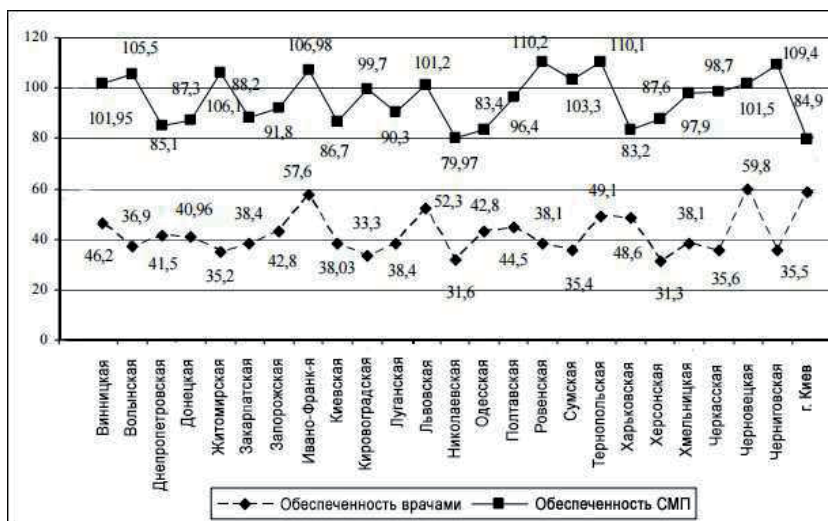


Рис. 2.4. Обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом (на 10 000 населения) [33]

Детализированный анализ обеспеченности населения Украины врачами в региональном разрезе (рис. 4) свидетельствует о выраженной административно-территориальной диспропорции, которая, в большинстве, зависит от следующих факторов [37]:

- уровня социально-экономического развития: в регионах с развитой инфраструктурой, концентрацией промышленного производства и т.д. – на данных территориях, соответственно, формируется и разветвленная сеть ЛПУ, а уровень обеспеченности врачами выше, чем в аграрных регионах (например, в г. Киеве он составляет 58,8 на 10 тыс. населения, тогда как в Киевской области – 38,03);

- особенностей природопользования: в регионах с положительными природными свойствами развивается сеть санаторно-курортных учреждений, что обуславливает больший уровень обеспечения, чем в других регионах (в

Одесской области показатель составляет 42,8, в Ивано-Франковской – 57, 6, во Львовской – 52,3, средний по стране – 43,14 на 10 тыс. населения);

– наличии медицинских учебных заведений и разветвленности сети научно-исследовательских учреждений на данной административной территории, выпускники которых обеспечиваются работой в тех же регионах (как, например, Харьковская – 48,6, Львовская – 52,3, Одесская – 42,8, Черновицкая – 59,8 области и г. Киев – 58,8).

Вместе с тем, следует отметить, что в последнее время несколько изменилась тенденция структуры кадрового распределения в соответствии с указанными категориями. Особенно это касается первой группы: на сегодня в крупных промышленных городах, где средний уровень заработной платы значительно выше, чем по Украине, происходит отток медицинских кадров из государственных медицинских учреждений, где уровень заработных плат значительно ниже, в частный сектор или в другие отрасли, как, например, фармацевтическую.

Это касается и третьей категории – наличие учебных медицинских учреждений, особенно в отношении обеспеченности средним медицинским персоналом. Как уже отмечалось – в Киеве критически не хватает младших специалистов с медицинским образованием, при том, что в городе 5 медицинских колледжей и 4 из них – государственные.

Укомплектованность врачами первичного звена самая низкая в Херсонской (57,2%), Кировоградской (66,1%) областях, а самая высокая – в Ивано-Франковской (92%), Черновицкой (93,1%) и в Тернопольской (90,3% ) областях (а не в пилотных регионах, где, несмотря на целевое финансирование, укомплектованность кадрами первичного звена составляет в среднем 80%) [38]. Кроме того, почти во всех регионах Украины, в том числе и в пилотных регионах отработки механизмов реформирования, есть заведения семейной медицины (семейные амбулатории), которые не имеют ни одного врача. К примеру, в Днепропетровской области их 30, в Житомирской – 37 [38]. Худшая

ситуация с обеспечением медсестрами в Киеве, а врачами – в Николаевской и Херсонской областях [33].

Еще сложнее кадровая ситуация в селе, особенно учреждений первичной медико-санитарной помощи: как показывает доступная статистическая информация, в развитии кадрового потенциала медицинской отрасли прослеживается устойчивое снижение абсолютного и особенно удельного веса врачей сельских административных районов. Так, в 2006 году они составляли 29%, а в 2013 – 28% (уменьшение на 4300 человек); укомплектованность физическими лицами штатных должностей семейных врачей составляет, как уже отмечалось выше – около 70%, а в некоторых регионах – значительно меньше. Так, например, в Черкасской области укомплектованность физическими лицами штатных должностей семейных врачей составляет 55,3%, должностей врачей сельских участковых больниц и врачебных амбулаторий – 61% [39].

На конец I полугодия 2013 года в регионе функционировало 2 врачебные амбулатории, в которых работал только врач-стоматолог, и 18 врачебных амбулаторий с неуккомплектованными штатами врачей общей практики семейной медицины, терапевтов и педиатров [39].

Не лучше ситуация и в других регионах страны. Например, в Кировоградской области на конец 2013 года 24 сельские врачебные амбулатории не имели ни одной занятой должности врача, за исключением стоматолога и 28 ФАПов не имели ни одной занятой должности среднего медперсонала. Дефицит врачей в целом по области за 2013 год составил 1514 человек, а среднего медперсонала – 736 человек [40].

### *Отраслевая диспропорция*

Недостаточное кадровое обеспечение медицинской отрасли отражается на внутриотраслевой структуре кадрового обеспечения, которая характеризуется ростом количества узких специалистов популярных специализаций (акушер-гинеколог, хирург, офтальмолог, отоларинголог,

уролог и т.д.) и уменьшением, в некоторых регионах – критическим, количества врачей общей практики (первичного звена) (рис. 2.5).

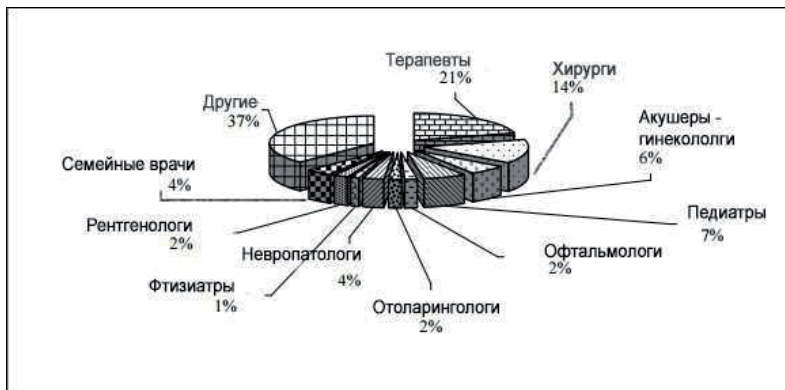


Рис. 2.5. Структура врачей в учреждениях здравоохранения Украины по группам специалистов по состоянию на конец 2013 (% к их общей численности) [41].

Соотношение врачей общей практики (семейной медицины) к хирургам по Украине в среднем составляет от 0,18 до 0,62 (на 1000 населения). При этом в медицинской сфере, по состоянию на конец 2013 года, работало 9275 врачей общей практики – семейной медицины [41] (в пилотных регионах – 1282 человека), 7704 участковых врачей-терапевтов (в пилотных регионах – 2698 человек) и 5567 участковых врачей-педиатров (в пилотных регионах – 1670 человек). На сегодняшний день потребность во врачах по специальности «общая практика – семейная медицина» с учетом потребностей оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений первичного звена составляет 32 978 человек (в пилотных регионах – 8457 человек) [34]. От нехватки кадров, наряду с потребностями службы первичного звена, страдают неотложная помощь, фтизиатрической службы, рентгенслужба, патологоанатомическая и лабораторная службы [36, 42].

Анализ статистической информации Минздрава Украины, Главных и областных управлений здравоохранения, областных государственных администраций, Киевской городской госадминистрации указывает, что дефицит врачебных кадров в учреждениях всех уровней регистрируется по специальностям: общая практика – семейная медицина (укомплектованность в среднем составляет 79%), анестезиология (около 80%), фтизиатрия (около 76%), педиатрия (около 82%), терапия (около 84%) [43].

Отдельно следует указать на крайне неудовлетворительное положение с кадровым обеспечением управленческого звена здравоохранения. Здесь ситуация характеризуется не столько недостатком физических лиц-управленцев, сколько уровнем их подготовки – в медицинской отрасли Украины очень малый процент подготовленных менеджеров здравоохранения, специалистов государственного управления здравоохранением, хотя база и возможности для этого есть – нет политической свободы по усилению требований к управленческим кадрам: управленческие должности в сфере здравоохранения должны занимать лица, прошедшие соответствующую подготовку по вопросам экономики, финансирования, государственного управления.

## **2.2. Снижение уровня квалификации кадров**

Для обеспечения населению равного доступа к качественным услугам по охране здоровья, наряду с показателями укомплектованности штатных должностей и обеспеченности медицинскими кадрами большое значение имеет уровень квалификации медицинских работников.

Неоспоримым является тот факт, что от качества подготовки врачей часто зависит не только здоровье, но и жизнь людей. Подготовка кадров для медицинской отрасли состоит из нескольких стратегических этапов, первым из которых является обучение в вузах. На фоне общего социально-

демографического кризиса общества проблемы высшего медицинского образования в Украине являются чрезвычайно острыми и болезненными.

Уровень квалификации – сложный показатель в кадровом обеспечении отечественной сферы здравоохранения, который состоит как из объективной (качество образования), так и из субъективной (заинтересованность медицинских работников в повышении уровня своей квалификации) составляющих. И, хотя по отчетам Минздрава Украины показатели квалификации врачей ежегодно растут (ежегодно растет количество аттестованных врачей), уровень квалификации медицинского персонала в Украине, к сожалению, находится на ненадлежащем уровне.

Отечественные и международные эксперты указывают на значительное снижение качества кадров системы здравоохранения Украины, которое проявляется [44]:

- низкой конкурентоспособностью выпускников высших медицинских учебных заведений Украины;

- увеличением числа квалифицированных работников, которые оставляют отечественную сферу здравоохранения за счет межотраслевой и трудовой миграции (ежегодно из Украины за границу выезжают более 6 тыс. медиков [36]);

- снижением качества кадров, которые приходят в систему здравоохранения. О низком уровне подготовки кадров свидетельствует и тот факт, что ряд стран отказываются признавать дипломы украинских медицинских вузов [45, 46];

- несоответствием умений медицинского персонала потребностям населения [47]: высококвалифицированный персонал часто выполняет задачи, которые могли бы выполнять менее высокообразованные специалисты (например, средний медицинский персонал);

- низким уровнем клинико-практической подготовки молодых специалистов (на это указывают и специалисты, и управленцы здравоохранения [48, 49], и рядовые граждане [50]);



- неудовлетворительным качеством последипломного образования [50];
- недостаточным потенциалом руководящего состава системы здравоохранения [47];
- недостатком квалифицированных специалистов в области общественного здоровья;
- отсутствием индикаторов качества медицинской помощи, позволяющих обеспечить объективное оценивание, мониторинг и конкретное определение проблем обеспечения качества.

## **2.3. Слабость механизмов государственного регулирования кадровой политики в сфере здравоохранения в Украине**

### ***2.3.1. Отсутствие государственной концепции кадровой политики в сфере здравоохранения в Украине.***

Вопросы кадровой политики в сфере здравоохранения нормированы в следующих нормативно-правовых документах:

Закон Украины от 19.11.1992 № 2802-ХП "Основы законодательства Украины о здравоохранении";

Указ Президента Украины от 07.12.2000 № 1313/2000 "Концепция развития здравоохранения населения Украины";

Приказ Минздрава Украины от 28.10.2002 № 385 "Об утверждении перечней учреждений здравоохранения, врачебных, провизорских должностей и должностей ...";

Приказ Минздрава Украины от 29.03.2002 № 117 "Справочник квалификационных характеристик профессий работников";

Приказ Минздрава Украины от 23.11.2007 № 742 "Об аттестации младших специалистов с медицинским образованием";

Приказ Минздрава Украины от 06.07.2005 № 333 "О внесении изменений в Номенклатуру врачебных специальностей";

Приказ Минздрава Украины от 19.05.2003 № 221 "О внесении изменений в Положение о порядке проведения аттестации врачей";

Приказ Минздрава Украины от 12.09.2008 № 522/51 "Об утверждении Концепции развития высшего медицинского образования в Украине";

Приказ Минздрава Украины от 01.08.2011 г. № 454 "Об утверждении Концепции управления качеством медицинской помощи в области здравоохранения в Украине на период до 2020 года";

Приказ Минздрава Украины от 15.08.2011 № 512 "Об утверждении Методических рекомендаций по прогнозированию потребности учреждений здравоохранения Украины в медицинских кадрах на долгосрочную перспективу".

Каждый из этих документов отдельно регламентирует ту или иную проблему кадрового обеспечения сферы здравоохранения. Однако ни один из этих документов не содержит целостной стратегической программы решения проблем кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине, концептуальных задач и механизмов реализации кадровой политики в сфере здравоохранения. Хотя в последних трех документах уже отражены такие важные вопросы как совершенствование государственных образовательных стандартов подготовки медицинских кадров для повышения качества подготовки специалистов [48], обеспечения и управления качеством медицинской помощи [51], прогнозирования кадрового обеспечения в соответствии с потребностями здравоохранения с учетом его преобразований, а также демографической ситуации в стране [52].

Отдельно следует отметить, что в Основах законодательства Украины о здравоохранении, в частности в статье 7 говорится, что "... Государство согласно Конституции Украины гарантирует всем гражданам реализацию их прав в сфере здравоохранения путем:

- а) создания разветвленной сети учреждений здравоохранения;

б) организации и проведения системы государственных и общественных мероприятий по охране и укреплению здоровья;

в) предоставления всем гражданам гарантированного уровня медицинской помощи в объеме, устанавливаемом Кабинетом Министров Украины ... "[53].

Сегодняшняя же критическая ситуация с обеспеченностью медицинскими кадрами в Украине, особенно в селе, делает невозможным выполнение каждой из вышеупомянутых гарантий, тем более что, как указывают эксперты Минздрава Украины, ежегодно медицинская система теряет до 4 тысяч врачей, что уже не покрывается ежегодными выпусками медвузов [54].

### ***2.3.2. Несовершенные механизмы контроля за выполнением процедуры трудоустройства молодых специалистов-выпускников высших медицинских учебных заведений, которые учились по государственному заказу, и наказания за невыполнение процедуры распределения***

Порядок трудоустройства молодых специалистов-выпускников медицинских вузов регулируется рядом законодательных актов. В частности, Закон Украины «О высшем образовании», Постановление Кабинета Министров Украины «О Порядке трудоустройства выпускников высших учебных заведений, подготовка которых осуществлялась по государственному заказу» от 22 августа 1996 года № 992 и локальные нормативные акты высших учебных заведений определяют, что выпускник вуза после окончания обучения должен отработать 3 года по направлению. Однако указанные нормы не выполняются – выпускники медицинских вузов, подготовленные за государственные средства, получив направление на работу согласно распределению, игнорируют выполнение данного требования.

В связи с этим, еще в 1996 году Министерству финансов совместно с Министерством образования, Министерством экономики, Министерством

юстиции и Национальным банком было поручено разработать и утвердить Порядок определения и возмещения выпускниками стоимости обучения в случае нарушения условий соглашения о трудоустройстве. Однако до сих пор такой порядок не принят и не утвержден. Таким образом, механизм определения и возмещения выпускниками стоимости обучения в случае нарушения соглашения о трудоустройстве отсутствует, что затрудняет реализацию любой кадровой концепции, в том числе и в сфере здравоохранения. Это приводит к критической нехватки специалистов определенной специальности, как, например, врачей первичного звена и других непопулярных специальностей, особенно в регионах. Так, по данным Минздрава Украины, только для покрытия естественной текучести ежегодно необходимо около 6000 врачей. В течение последних лет молодыми специалистами заполняется только около 70% (а в некоторых областях, например в Черкасской – только 40-50%) врачебных должностей. Это при том, что обеспечение выпускников первым рабочим местом ежегодно составляет почти 100%, но уже к прохождению интернатуры по нужной специальности приступает только около 70% [36].

Следует заметить, что подготовка квалифицированного врача является очень ценной. Так, например, средняя оплата обучения в интернатуре за месяц очного цикла составляет в среднем 1500 грн. Несмотря на это, установлено, что государственный сектор теряет каждого пятого выпускника, который учился за государственные средства в высших учебных заведениях, подчиненных Министерству здравоохранения Украины [55].

По данным Счетной палаты, лишь по причине отсутствия контроля за отработкой молодыми специалистами установленного трехлетнего срока в сочетании с отсутствием системы возмещения и возврата в бюджет средств, затраченных на обучение специалистов, в 2012 году было неэффективно использовано более 6500000 грн. средств общего фонда госбюджета, направленных Минздравом на подготовку 113 специалистов [29].

### *2.3.3. Несовершенные механизмы отбора в медицинские вузы*

Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения усугубляются вследствие существования неэффективной системы льгот при поступлении в высшие учебные заведения. В частности, право зачисляться вне конкурса имеют [56]:

— лица, которым согласно Закону Украины «О статусе ветеранов войны, гарантиях их социальной защиты» предоставлено такое право;

— дети-сироты и дети, лишенные родительской опеки, а также лица из их числа в возрасте от 18 до 23 лет в соответствии с постановлением Кабинета Министров Украины от 05.04.94 № 226 «Об улучшении воспитания, обучения, социальной защиты и материального обеспечения детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки» (с изменениями);

— инвалиды I и II групп и дети-инвалиды в возрасте до 18 лет, которым не противопоказано обучение по избранному направлению (специальности) в соответствии с Законом Украины «Об основах социальной защищенности инвалидов в Украине»;

— лица, которым согласно Закону Украины «О статусе и социальной защите граждан, пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы» предоставлено такое право, а именно:

– лица, окончившие средние и профессионально-технические учебные заведения без отличия (отличных оценок (10-12 баллов)) и которые в соответствии с Законом Украины «О статусе и социальной защите граждан, пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы» (в редакции Закона Украины от 19.12.91, с изменениями и дополнениями):

- отнесенные к категории 1 или 2;

- являются несовершеннолетними детьми умерших граждан, отнесенных к категории 1 или 2, смерть которых связана с Чернобыльской катастрофой;

- являются несовершеннолетними детьми умерших граждан из числа участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, отнесенных к категории 3, смерть которых связана с Чернобыльской катастрофой;

- являются несовершеннолетними детьми граждан, отнесенных к категории 1;

- являются детьми, указанными в статье 27 Закона, которым установлена инвалидность, связанная с Чернобыльской катастрофой;

- являются детьми, которые имеют основания для установления категории 2 или 3 до достижения совершеннолетия;

- являются детьми до достижения совершеннолетия, которые до вступления в государственные высшие учебные заведения, расположенные за пределами зоны загрязнения, имели основания для получения категории 4,

- лица, которым согласно Закону Украины «О повышении престижности шахтерского труда» предоставлено такое право;

- дети военнослужащих Вооруженных Сил Украины, других военных формирований, работников правоохранительных органов, погибших при исполнении служебных обязанностей, в соответствии с Указом Президента Украины от 21.02.2002 № 157 «О дополнительных мерах по усилению заботы о защитниках Отчизны, их правовой и социальной защиты, улучшения военно-патриотического воспитания молодежи»;

- члены семей шахтеров и горноспасателей, погибших вследствие аварии на арендном предприятии «Шахта имени А.Ф. Засядько» (постановление Кабинета Министров Украины от 09.01.2008 № 6).

При этом, количество мест для указанных лиц установлена решением приемной комиссии и составляет 25 процентов объема государственного заказа по каждой специальности [57].

По нашему мнению, преференции для поступления в вузы, а тем более в медицинские вузы, должны иметь абитуриенты, которые подтвердили высокое качество общего образования или среднего специального образования. Это

универсальный принцип во всех развитых странах мира. И только благодаря ему в этих странах успешно развиваются наука и прогресс.

Бесспорно, есть социально незащищенные слои населения, которые нуждаются в помощи государства. Однако обучение в высшей школе не является формой социальной помощи.

#### ***2.3.4. Несовершенная система планирования кадрового состава здравоохранения.***

Анализ кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине указывает еще на одну достаточно сложную проблему, которой в последнее время уделяется много внимания – совершенствование системы планирования кадрового состава здравоохранения.

В Украине существует разветвленная образовательная база для подготовки медицинских кадров: 15 высших учебных заведений III-IV уровня аккредитации, 3 учреждения последиplomного образования, подчиненные Минздраву Украины, 4 высших учебных заведения, которые в своем составе имеют медицинские факультеты и осуществляют подготовку кадров по направлению «Медицина», 4 высших учебных заведения, осуществляющие подготовку кадров по направлению «Фармация», подчиненные Министерству образования и науки Украины. А также 3 высших учебных заведения негосударственной формы собственности по направлениям «Медицина» и «Фармация» [58].

По состоянию на 01.01.2013г. в вузах IV уровня аккредитации, подчиненных Минздраву Украины, по государственному заказу учились 25332 студента (будущие врачи – 23 758), (в 2003 году – 20 531 человека). По контрактной форме обучаются 28794 человека, из них будущих врачей – 20 146.

На факультетах (в институтах) последипломного образования медицинских и фармацевтических вузов IV уровня аккредитации и заведений последипломного образования Минздрава Украины по государственному заказу обучалось 7218 врачей.

Ежегодно план приема в медицинских и фармацевтических вузов I-II уровней аккредитации коммунальной формы собственности составляет более 13 тыс. человек на государственной форме обучения, а на 2013 г. план приема, утвержденный Минздравом Украины, составил 13 769 человек.

Количество студентов в медицинских и фармацевтических вузов I-II уровней аккредитации составляет 76 313, из них по специальностям:

- медицинские сестры — 34 589 человек;
- фельдшеры — 21 433 человек;
- акушерки — 5729 человек [59].

Проведенный анализ указывает на достаточно парадоксальную ситуацию: подготовка медицинских кадров из года в год увеличивается, количество штатных врачебных должностей – уменьшается, а дефицит кадров, тем не менее, – растет. Это свидетельствует о следующем:

- существующая система планирования не учитывает реальные потребности отрасли;
- не действуют механизмы «закрепления» на рабочих местах молодых специалистов, в которых есть потребность отрасли;
- не действует или является недостаточно эффективной обратная связь «региональные органы здравоохранения – Минздрав Украины» в вопросах потребности в медицинских кадрах, контроля их трудоустройства и отработки необходимый (трехлетний) срок.

Следует отметить, что на эту проблему обратила внимание и Счетная палата (еще в 2004 году) [58]. И только начиная с 2013 года Минздрав реально отреагировало на эту проблему: в 2013 году разработаны и утверждены «Методические рекомендации по прогнозированию потребности учреждений здравоохранения Украины в медицинских кадрах на долгосрочную



перспективу» [52] и принят Приказ Минздрава Украины о создании конкурсной комиссии по размещению государственного заказа на подготовку специалистов в высших учебных заведениях IV уровня аккредитации Минздрава Украины [60]. Согласно Приказу следует разрабатывать и подавать Министру здравоохранения Украины для утверждения отраслевые критерии формирования и размещения государственного заказа на подготовку специалистов в вузах Минздрава Украины с учетом основных показателей отраслевой потребности в подготовке специалистов и предельных возможностей вузов Минздрава Украины по реализации каждого календарного года. Но о действенности этих мер говорить рано, особенно ввиду несовершенства статистического реестра медицинских кадров, в первую очередь, в региональном разрезе.

В то же время, по данным Минздрава Украины, в стране создана автоматизированная база данных медицинских кадров, работающих в учреждениях здравоохранения, подчиненных управлениям здравоохранения областных (городских) государственных администраций. Вместе с тем здесь существуют определенные проблемы, в частности: формирование автоматизированной базы данных позволяет обеспечить единый отраслевой учет учреждений здравоохранения, но на сегодня не учитываются частные медицинские учреждения и частнопрактикующие врачам, нет полной картины кадрового обеспечения отрасли медицинскими кадрами .

### ***2.3.5. Недостаток мотивации и заинтересованности в улучшении результатов своей деятельности***

Весомым фактором «выталкивания» кадров из медицинской отрасли является низкий уровень оплаты труда медицинских работников.

Нормативно-правовая база Украины предусматривает оплату на основе должностных окладов, утвержденных Кабинетом Министров Украины, и

учитывает только отработанное время. Это, безусловно, вызывает отсутствие у медицинских работников любых мотиваций к повышению уровня качества, а у руководителей медицинских учреждений – к увеличению объемов услуг. Основными причинами кадрового дефицита остаются низкая заработная плата, снижение престижа профессии. Так, по данным Профсоюза работников здравоохранения, несмотря на повышение должностных окладов, средняя заработная плата работников почти на 50% меньше, чем в среднем в отраслях экономики, на 80% – чем в промышленности, на 20% – чем у работников образования [60]. Так, за 2013год при увеличении средней зарплаты во всех отраслях на 17,6%, в сфере охраны здоровья и социальной помощи она выросла всего на 9,0%, а в отдельные месяцы наблюдалось даже ее уменьшение.

Еще одним индикатором, характеризующим финансирование кадровых ресурсов здравоохранения, является доля расходов на оплату труда медицинского персонала по сравнению с размером прожиточного минимума и размером средней заработной платы, в зависимости от уровня экономики (рис. 6).

Из диаграммы видно, что средняя зарплата по охране здоровья перманентно находится на низком уровне. Кроме того, сохраняется отставание размера должностного оклада (тарифной ставки) работника I тарифного разряда единой тарифной сетки от минимальной заработной платы в среднем на 298 грн. [60].

На сегодняшний день система здравоохранения входит в тройку самых низкооплачиваемых отраслей (наряду с сельским хозяйством и рыболовством). Более того, по показателю оценки адекватности оплаты труда (социального благополучия) медицинских работников ВОЗ, который характеризуется соотношением уровня зарплаты медицинского работника к ВВП на душу населения, данный показатель для Украины составляет 24,3%.

Не менее важным показателем в данной категории факторов является и неудовлетворительные условия труда врачей. Низкая заработная плата побуждает медицинских работников к дополнительным доходам за пределами

основной работы – совместительство в других клиниках, в частных медицинских учреждениях и тому подобное. Интенсификация труда, в свою очередь, приводит к росту среди медицинских работников заболеваемости и инвалидности. Кроме того, устаревшее медицинское оборудование несет угрозу жизни и здоровью специалистов. Это приводит к тому, что растет заболеваемость и смертность среди медицинских работников. В частности в последние годы значительно возросла заболеваемость среди медицинских работников инфарктами, инсультами, психическими заболеваниями и тому подобное. Постоянно растет и количество заболевших туберкулезом и СПИДом [61].

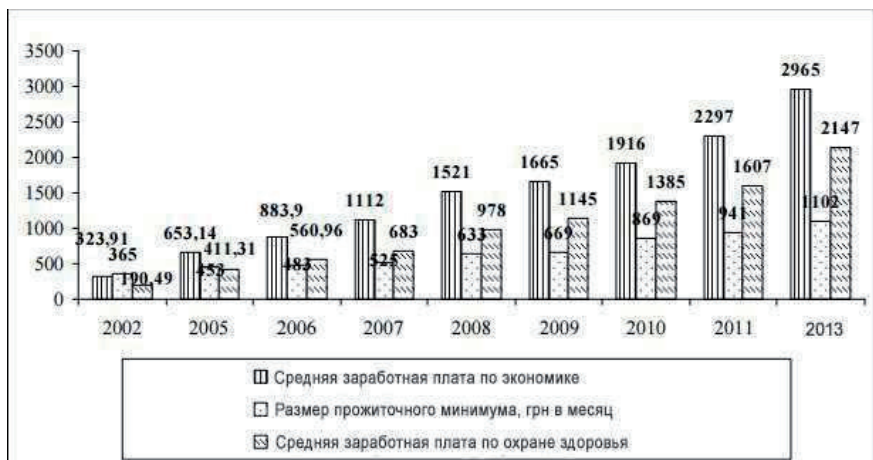


Рис. 2.6. Динамика размеров средней заработной платы и размера прожиточного минимума за 2002–2013 гг. (по состоянию на 1 января каждого года) [62, 63].

Таким образом, низкий уровень мотивационной составляющей в кадровой политике приводит к таким негативным последствиям:

1. Медицинская отрасль теряет квалифицированных специалистов. В частности, особенно настораживают миграционные процессы (как на уровне области, так и миграция квалифицированных специалистов в другие страны) – Украина является донором трудовых ресурсов для стран ЕС и США. По данным экспертов, общемировая миграция медицинских работников за последние 30 лет увеличилась вдвое. Каждый десятый специалист здравоохранения в странах ЕС является выходцем из других стран, в том числе и из Украины [54]. Это, в основном лица трудоспособного возраста, большинство из которых – высокоспециализированные специалисты. Так, по данным ученых, 44% мигрантов-медиков имели высшую квалификационную категорию, I и II квалификационную категорию – 16% и 12% соответственно [64].

2. В медицинской отрасли поддерживается высокий уровень теневых отношений. В частности, в ситуации, когда государство перестает быть единственным покупателем услуг здравоохранения или цена, которую устанавливает государство, крайне низкая и не соответствует затраченным ресурсам на подготовку кадров, эта обязанность распределяется между самим государством и, собственно, потребителями медицинских услуг, то есть пациентами. Так, согласно результатам проведенного в феврале 2013г. социологического опроса, 68,6% опрошенных жителей Украины вынуждены были в течение последнего года оплачивать услуги врачей в медицинских учреждениях; не делали этого только 23,3%. 43,4% опрошенных столкнулись со случаями прямого вымогательства со стороны медработников [65].

Следует отметить, что за последний год в направлении повышения мотивационной составляющей сделано достаточно много. В частности, в соответствии со статьей 10 Закона Украины «О порядке проведения реформирования системы здравоохранения в Винницкой, Днепропетровской областях и городе Киеве» было принято Постановление Кабинета Министров

Украины «Некоторые вопросы оплаты труда медицинских работников учреждений здравоохранения, которые являются участниками пилотного проекта по реформированию системы здравоохранения» [66], которым был утвержден порядок определения надбавок за объем и качество выполнения работы работникам учреждений здравоохранения, которые оказывают первичную медицинскую помощь и являются участниками пилотного проекта по реформированию системы здравоохранения. Постановление дает свои результаты – существенное повышение заработной платы врачам первичного звена пилотных регионов. Согласно этому документу семейный врач получает оплату в зависимости от количества закрепленных за ним пациентов (так реализуется принцип «деньги ходят за пациентом»), их возрастного состава (большая плата за детей и пожилых людей) и качественных показателей. Новый метод оплаты утвердили в марте 2012 г., и с лета того же года семейные врачи в пилотных регионах уже получают зарплату по новым расчетам: в Днепропетровской области – 1815-6472 грн, Винницкой – 4000-4500 грн, в Киеве – 5000-7000 грн.

Кроме того, в некоторых регионах семейных врачей обеспечивают мобильными телефонами и бесплатным проездом [67].

Однако утверждать о существенном улучшении мотивационной составляющей кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине пока еще рано. Во-первых, потому что надбавки за качество не играют значительной роли, потому что из-за нехватки детальной методологии их расчета в некоторых регионах они еще не выплачиваются. Кроме того, бóльший вес они должны получить только со временем, когда будут данные о качестве работы семейного врача в течение определенного промежутка времени. Во-вторых, нынешнее повышение зарплаты, преимущественно обеспечивается чрезмерной нагрузкой семейных врачей и со временем, когда количество семейных врачей вырастет заработная плата может уменьшиться [67].

### ***2.3.6. Несоответствие качества подготовки медицинских кадров современным требованиям и потребностям медицинской отрасли и задачам реформирования медицинской сферы.***

Ежегодно наблюдается уменьшение количества и качества кадров здравоохранения, что обусловлено:

- незаинтересованностью самих студентов в сочетании с недостаточным уровнем требований к уровню высшего образования;
- недостаточным уровнем финансирования медицинского образования и оплаты труда преподавательского состава;
- неэффективным использованием клинических баз и, соответственно, неудовлетворительным состоянием системы отработки практических навыков;
- высоким уровнем коррумпированности додипломного и последипломного образования [68];
- оттоком квалифицированных кадров из государственных медицинских учреждений (причинами чего является внутренняя, внешняя миграция, переход в частные медицинские учреждения, переход в другую отрасль, например, в фармацевтическую);
- недостаточным уровнем контроля и аудита деятельности персонала [69].

По качеству подготовки кадров, по данным аудиторов, в медицинских учреждениях, например, Днепропетровской (пилотная область) области, по состоянию на начало 2011 года у 824 врачей закончился срок действия свидетельств о присвоении соответствующей категории. В то время как официальная отчетность демонстрирует полный порядок: в 2010 году смогли повысить квалификацию почти 95 тыс. слушателей, что составляет 114,7% от запланированного количества [70].

Система додипломного медицинского образования, которую до сих пор считали одной из лучших, в последнее время теряет свои позиции. Основным фактором этого является отсутствие надлежащей базы для практической

отработки навыков в результате углубления разрыва между вузовскими кафедрами и клиническими базами.

Существенным недостатком высшего медицинского образования в Украине является недостаточная клиничко-практическая подготовка будущих врачей, на которую в соответствии с учебным планом подготовки специалистов по направлению отводится значительно меньше кредитов. Эти недостатки в значительной степени обусловлены недостаточным финансированием и недостаточно эффективными материально-техническими условиями, а также недостаточной клинической базой отечественных высших медицинских школ.

Кроме того, ученые, представители высшей медицинской школы указывают, что ход реформы в пилотных регионах осветил важную проблему, которая касается медицинских университетов – это подготовка кадров для развития первичного уровня медико-санитарной помощи. Собственно, университеты готовят врачей общей практики, но после интернатуры они получают конкретную специализацию – хирурга, терапевта, психиатра и т.д. А семейный врач проходит ускоренные четырехмесячные курсы переподготовки, что не решает проблемы ни количественно, ни, тем более, качественно. Решение данного вопроса возможно путем изменения системы специализации в интернатуре после того, как выпускники отработают семейными врачами два-три года. Такая система доказала свою эффективность в развитых странах мира [71].

*Проблемы кадрового обеспечения включают в себя ряд рисков:*

1. Невозможность проведения реформирования медицинской отрасли, а именно – достижение ее основной цели – обеспечения равного доступа населения к гарантированной качественной медицинской помощи.
2. Распыление и неадекватное использование государственного финансирования.
3. Уход от социально ориентированных принципов государственной политики в сфере здравоохранения и полная коммерциализация украинской медицины.

#### 4. Ухудшение медико-демографической ситуации в стране.

Таким образом, проанализировав современное состояние системы здравоохранения, понятно, что в Украине существует много нерешенных проблем касательно кадрового обеспечения сферы здравоохранения, которые крайне важно решить на государственном уровне для улучшения функционирования всей отрасли.

### **Выводы к разделу 2**

1. В общем, в сфере кадрового обеспечения системы здравоохранения существует большая диспропорция, чего нет в других, менее важных, отраслях. В то же время, можем наблюдать значительное старение кадрового потенциала, рост текучести и миграции (внутренней, внешней, внутриотраслевой и межотраслевой), низкую эффективность использования имеющегося потенциала, падение качества профессионального образования, неудовлетворительное качество последипломного образования.

2. Несовершенство механизмов контроля за выполнением процедуры трудоустройства молодых специалистов-выпускников высших медицинских учебных заведений, которые учились по государственному заказу, и наказанием за невыполнение процедуры распределения приводит к тому, что указанные нормы не выполняются – выпускники медицинских вузов, подготовленные на государственные средства, получив направление на работу согласно распределению, игнорируют выполнение данного требования.

3. Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения усугубляются вследствие существования неэффективной системы льгот при поступлении в высшие учебные заведения, что негативно отражается на дальнейшем развитии науки.

4. В Украине крайне неудовлетворительную ситуацию с кадровым обеспечением управленческого звена здравоохранения может улучшить



ужесточение требований к управленческим кадрам: управленческие должности в сфере здравоохранения должны занимать лица, прошедшие соответствующую подготовку по вопросам экономики, финансирования и государственного управления.

5. Важнейшими факторами потери кадров из медицинской отрасли являются низкий уровень оплаты труда медицинских работников, снижение престижа профессии, неудовлетворительные условия труда врачей, что приводит к заболеваемости и смертности среди медицинских работников.

6. Несоответствие качества подготовки медицинских кадров современным требованиям и потребностям медицинской отрасли в результате углубления разрыва между вузовскими кафедрами и клиническими базами.

7. Отсутствие единой стратегии кадровой политики в сфере здравоохранения и наличие определенного несоответствия официальной отчетности о качестве кадрового потенциала страны реальному положению дел позволяет понять, что для разработки эффективной политики кадровых ресурсов необходимо проведение тщательного анализа ситуации с выявлением основных достижений, проблем, возможностей и угроз для ее реализации.

8. Формирование автоматизированной базы данных позволяет обеспечить единый отраслевой учет учреждений здравоохранения, который, на сегодняшний день, не учитывает частные медицинские учреждения и частнопрактикующих врачей, что не дает полной картины кадрового обеспечения отрасли медицинскими кадрами.

### РАЗДЕЛ 3.

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

### 3.1. Реализация государственной концепции кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине

Как было показано в предыдущих разделах, отсутствие четкой государственной кадровой политики в сфере здравоохранения приводит к количественному и качественному кризису трудовых ресурсов здравоохранения в Украине, что мешает реализации реформ в этом секторе.

Поэтому, для достижения лучших результатов в реформировании отечественного здравоохранения, отраслевая кадровая политика должна обоснованно разрабатываться с учетом реальных потребностей отечественной сферы здравоохранения и задач ее реформирования. Для решения кадровых вопросов необходимо разработать и принять Государственную концепцию кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине.

Реализация Государственной Концепции должна включать:

*1. Краткосрочный период, предусматривающий:*

- совершенствование нормативно-правовой базы;
- разработка и внедрение эффективных методов и инструментов для реализации кадровой политики;
- создание национальной базы данных кадровых ресурсов здравоохранения как центра сбора данных, мониторинга, анализа и проведения исследований для предоставления рекомендаций с целью принятия управленческих решений;
- создание единого реестра медицинских работников;
- продолжение подготовки соответствующих медицинских кадров (СМП, врачей, управленцев);

- работу над обеспечением мотивационной составляющей;
- активное привлечение профессиональных ассоциаций в решение проблем кадровых ресурсов здравоохранения;
- активное сотрудничество с международными организациями, в том числе с ВОЗ по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения.

## *2. Долгосрочный период, предусматривающий:*

- проведение мониторинга и оценки эффективности реализованных на первом этапе мероприятий и соответствующее совершенствование нормативно-правовой базы, в зависимости от результатов реализации этих мероприятий;
- введение системы страхования профессиональной ответственности на случай ошибки и при наличии риска в связи с медицинским вмешательством;
- поэтапный переход на оптимальную систему соотношения медицинских кадров; достижения соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала 1 к 4 для патронажной службы;
- формирование профессионального самоуправления в решении вопросов кадровой и инновационной политики, разработке единых стандартов оказания медицинской помощи и оценке ее качества;
- продолжение реализации поставленных в Концепции целей и решения важных вопросов, которые мы рассмотрим в следующих подразделах.

### **3.2. Совершенствование нормативно-правовой базы кадровой политики**

Одним из первоочередных направлений оптимизации кадровой политики здравоохранения должно быть совершенствование регуляторной базы, исходя из имеющихся проблем отрасли, условий ее развития и учитывая рекомендации и опыт международной практики.

Реализация данного направления должно начинаться с систематизации и согласованности действующей нормативно-правовой базы, регламентирующей вопросы кадрового обеспечения здравоохранения в Украине (вопрос подготовки, распределения, трудоустройства медицинских кадров, управление кадрами, повышение мотивационной составляющей и т.д.). Данное направление совершенствования кадровой политики в сфере здравоохранения предусматривает:

- Разработку профессиональных стандартов специалистов здравоохранения, что позволит сформировать единые подходы к установлению нормативов по различным разделам медицинской, социальной, психологической и других видов помощи и будет способствовать рациональному использованию кадровых ресурсов здравоохранения.

- Совершенствование нормативно-правовых актов по номенклатуре специальностей и должностей работников здравоохранения, квалификационных требований к должностям и характеристик специальностей.

- Совершенствование учетно-отчетной документации кадрового обеспечения сферы здравоохранения, системы мониторинга и критериев оценки качества работы медицинских работников, выработки эффективных механизмов повышения мотивации.

- Совершенствование системы сбора и обработки достоверной базы данных (как в региональном, территориальном (город-село) разрезе, так и на уровне государства, используя принцип единого медицинского пространства, то есть учитывая показатели как государственных, так и ведомственных и частных медицинских учреждений), что позволит проводить целостный анализ ситуации в медицинской сфере, позволит усовершенствовать механизмы прогнозирования и планирования кадровых ресурсов здравоохранения, а также отследить их эффективность. В частности, с целью повышения эффективной системы планирования и прогнозирования медицинских кадров, в систему отчетности следует включать такие показатели, как показатели возрастной структуры и прироста населения, существующие и прогнозируемые

потребности в медицинских кадрах, их распределение с учетом специализации, устранение дублирования функций, перераспределение функций между медицинским персоналом, возможности использования немедицинских работников в сфере здравоохранения, влияние процессов миграции, соотношение расходов на увеличение числа медицинских работников по сравнению с другими мерами (расходы на профилактику заболеваний и т.д.), прогноз изменения эпидемиологической ситуации и связанное с этим сокращение или увеличение потребности в медицинских услугах. Данные показатели должны учитываться при составлении планов профессиональной специализации выпускников медицинских вузов, проведении специализации в учреждениях образования, формировании государственного заказа на подготовку кадров по охране здоровья (не только врачей, но и среднего медицинского персонала, социальных работников, задействованных в процесс деятельности сферы здравоохранения, психологов и др.).

– Усиление механизмов контроля и наказания, в случае невыполнения (как с стороны заказчика медицинских кадров, так и со стороны молодых специалистов) процедуры трудоустройства молодых специалистов, которые учились по государственному заказу.

### **3.3. Усовершенствование механизмов планирования**

Перспективное кадровое планирование возможно лишь при условии наличия достоверной информации о количестве медицинских работников (врачей разного профиля и среднего медицинского персонала) в каждом регионе и стране в целом. Поэтому для реализации данного направления кадровой политики в здравоохранении необходимо:

– Усовершенствовать систему сбора статистической информации о кадровом составе сферы здравоохранения, в частности проводить учет всех медицинских кадров определенной административной территории, учитывая

частные медицинские учреждения и частнопрактикующих врачей, в пунктах статистической отчетности выделить следующие вопросы:

1. количество практикующих врачей,
  2. количество специалистов – не медиков (например, социальных работников),
  3. количество служб, задействованных в выполнении заданий сферы здравоохранения (а также потребности в них),
  4. количество управленцев СЗ, которые прошли подготовку в области государственного управления в сфере здравоохранения;
- Создать автоматизированную систему региональных центров сбора отчетности кадрового обеспечения сферы здравоохранения соответствующей территории;
  - Организовать обучение персонала региональных кадровых служб современным подходам сбора данных, анализа, планирования, прогнозирования и управления кадровыми ресурсами сферы здравоохранения;
  - Каждому региону страны разработать и утвердить региональные программы кадрового обеспечения сферы здравоохранения, соответствующей современному состоянию и развитию медицинской отрасли в региональном и местном разрезе;
  - На основе комплексного анализа потребностей региона в медицинских кадрах формировать программы целевой подготовки медицинских кадров для востребованных специализаций;
  - Обеспечить подготовку управленческих кадров здравоохранения (менеджеров, магистров в области управления здравоохранением), в учебный процесс которых обязательно включать вопросы изучения современных и эффективных методик использования ресурсов здравоохранения, стратегического планирования, менеджмента и общественного здравоохранения.

### 3.4. Совершенствование мотивационной составляющей

Одним из ключевых вопросов совершенствования механизмов кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине должен быть акцент на усилении мотивационной составляющей. Для реализации данного направления кадровой политики в здравоохранении необходимо:

- внедрить систему повышения заработной платы медицинским работникам сферы здравоохранения (не только в пилотных регионах, а на уровне государства), в зависимости от уровня квалификации медицинских работников, объемов, качества, сложности, эффективности и условий выполняемой работы, а также непрерывности стажа работы;

- ввести индикаторы качества, процедуру анонимного анкетирования потребителей услуг здравоохранения для определения степени удовлетворенности местной общины уровнем квалификации медицинских работников;

- обеспечить повышение пенсий медицинским работникам, имеющим непрерывный стаж работы в государственных и коммунальных заведениях здравоохранения более 25 лет, для этого внести соответствующие изменения в Закон Украины «О пенсионном обеспечении»;

- с целью поощрения медицинских кадров работать на первичном звене (как в сельской местности, так и в городской – в регионах, где наибольший дефицит кадров первичного звена) необходимо:

- обеспечить получение служебного жилья (дом или квартира) с правом приобретения права собственности, при условии непрерывной работы не менее 15 лет;

- в государственном бюджете предусмотреть соответствующие средства для построения такого жилья или же обеспечить возможность получения долгосрочного кредита под 1-2% на приобретение индивидуального жилья, автотранспорта для медицинских работников;

- в систему «местных стимулов» включать: оснащение рабочего места, в соответствии с табелем оснащения, создания условий для доступности регулярного повышения профессионального уровня медицинских работников путем максимального приближения образовательных услуг к месту жительства, в том числе за счет дистанционных форм обучения (для этого обеспечить доступ к интернету), телелекций, телеконсультаций, бесплатной подписки на отечественные профессиональные периодические издания, а также развития инфраструктуры села (обеспечение детей детскими садами, школами и т.д.);

– с целью защиты медицинских работников, работающих в особых условиях, целесообразно провести аттестацию рабочих мест на соответствие нормам безопасности труда. С целью снижения и профилактики производственного травматизма обеспечить разработку территориальных программ по улучшению условий и охраны труда, а также аналогичных программ – непосредственно в организациях здравоохранения;

– с целью совершенствования социальной защищенности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности необходимо создать систему государственного социального страхования ответственности на случай профессиональной ошибки, особенно при наличии риска медицинского вмешательства (на первичном уровне).

*Примечание: согласно официальным заявлениям, вопросы повышения мотивации медицинских работников (особенно первичного звена и в сельской местности) являются одними из приоритетных задач в современной политике развития отечественной сферы здравоохранения. Об этом неоднократно отчитывались и органы местной власти, и чиновники центральных органов власти. Вместе с тем, проведенный нами анализ отчетов «О результатах выполнения мероприятий Государственной целевой программы развития украинского села на период до 2015 года» (за 2008-2011 годы), задачи по «Обеспечению развития медицинского обслуживания в сельской местности» и «Развитие жилищного строительства и коммунального хозяйства»(в части обеспечения жильем работников образования, культуры, здравоохранения, работников бюджетных учреждений и организаций агропромышленного комплекса, проживающих в сельской местности) свидетельствует об отсутствии финансирования указанных задач.*



### **3.5. Совершенствование качества подготовки медицинских кадров**

Не менее важной составляющей совершенствования государственной политики кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине должно стать улучшение качества медицинских услуг путем не только модернизации медицинской отрасли, но и повышения уровня профессионализма медицинских кадров и управленческого звена. Для этого необходимо:

- пересмотреть практику использования льгот при поступлении в высшие медицинские учебные заведения;
- усилить механизмы совершенствования подготовки кадров (додипломного и последипломного образования), а именно практической подготовки специалистов и их конкурентоспособности на международном рынке труда;
- обеспечить обязательную специальную подготовку управленческих кадров, способных работать в условиях рыночной экономики;
- ужесточить требования к аккредитации и лицензированию медицинской практики.

### **Выводы к разделу 3**

1. Для достижения результатов в формировании отечественного здравоохранения, кадровая политика должна разрабатываться обоснованно и с учетом реальных потребностей отечественной сферы здравоохранения, задач ее реформирования и учитывая рекомендации и опыт международной практики.

2. Разработка и внедрение государственной концепции кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине должны предусмотреть решение вопросов о совершенствовании нормативно-правовой базы кадровой политики, механизмов планирования, мотивационной составляющей и совершенствовании качества подготовки медицинских кадров.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, одними из основных вопросов, которые должны быть решены для обеспечения реформы здравоохранения, должны быть вопросы кадрового обеспечения сферы здравоохранения.

I. Учитывая вышесказанное, в целях совершенствования государственной кадровой политики в отечественной сфере здравоохранения следует предложить следующее:

1. С целью решения проблемы кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине на государственном уровне разработать и принять Государственную Концепцию кадрового обеспечения сферы здравоохранения в Украине. Для этого целесообразно создать межведомственную рабочую группу по вопросам разработки данной Концепции;

2. С целью усиления механизмов контроля и наказания в случае невыполнения (как с стороны заказчика медицинских кадров, так и со стороны молодых специалистов) процедуры трудоустройства молодых специалистов, которые учились по государственному заказу, Кабинету Министров Украины утвердить Порядок определения и возмещения выпускниками стоимости обучения в случае нарушения ими условий соглашения о трудоустройстве;

3. С целью формирования единых подходов к установлению нормативов по различным разделам медицинской, социальной, психологической и других видов помощи разработать профессиональные стандарты специалистов в сфере здравоохранения, что будет способствовать рациональному использованию кадровых ресурсов здравоохранения;

4. С целью совершенствования системы статистической отчетности, шире применять систему автоматизации кадрового и статистического учета в медицинских учреждениях как на государственном, так и на региональном уровнях. При этом в систему сбора отчетности внести следующие вопросы: количество практикующих врачей, количество специалистов – не медиков

(например, социальных работников) и служб, задействованных в выполнении задач сферы здравоохранения (а также потребности в них), количество управленцев СЗ, которые прошли подготовку в области государственного управления в сфере здравоохранения;

5. Создать автоматизированную систему региональных центров сбора отчетности по кадровому обеспечению сферы здравоохранения на соответствующей территории;

6. Организовать обучение персонала региональных кадровых служб современным подходам сбора данных, анализа, планирования, прогнозирования и управления кадровыми ресурсами здравоохранения;

7. Каждому региону страны разработать и утвердить региональные программы кадрового обеспечения сферы здравоохранения, соответствующей современному состоянию и развитию медицинской отрасли в региональном и местном разрезе;

8. С целью совершенствования подготовки кадров (додипломного и последипломного образования), а именно практической подготовки специалистов и их конкурентоспособности на международном рынке труда, Минздравом Украины, НАМН, главным управлением здравоохранения областных госадминистраций обеспечить создание в Украине сети университетских клиник и больниц, а также тренинговых центров для отработки практических навыков. В государственном бюджете предусмотреть средства на оснащение тренинговых центров;

9. С целью совершенствования управленческого звена здравоохранения, в должностных требованиях к управленческим кадрам внести требование наличия соответствующей подготовки в Национальной академии государственного управления по специальности магистр государственного управления;

10. С целью обеспечения равного доступа к высшему медицинскому образованию, отменить соответствующие нормы, которыми предусмотрены льготы на внеконкурсное поступление в высшие учебные заведения;

11. С целью устранения региональной, социальной (город–село) диспропорции в распределении кадрового потенциала, шире использовать систему целевого направления на подготовку кадров (особенно среди сельской молодежи, а также молодежи «проблемных» регионов). Для этого предусмотреть соответствующие средства в местных бюджетах;

12. С целью совершенствования качества подготовки семейных врачей, ввести 2-х летнюю интернатуру по семейной медицине;

13. С целью повышения уровня знаний и умений медицинских кадров, усовершенствовать системы лицензирования медицинской практики, аккредитации медицинских учреждений, аттестации кадрового состава здравоохранения. С целью обеспечения прозрачности и объективности их результатов обеспечить привлечение общественных организаций (объединений потребителей медицинских услуг и медицинских работников) в процесс аккредитации и лицензирования.

**II.** Для повышения мотивационной составляющей управления кадровыми ресурсами медицинской отрасли необходимо:

1. Введение дифференциации размера оплаты труда медицинских и фармацевтических работников в зависимости от уровня их квалификации, объемов, качества, сложности, эффективности и условий выполняемой работы, а также непрерывности стажа работы. Для этого следует широко применять индикаторы качества, процедуру анонимного анкетирования потребителей услуг здравоохранения для определения степени удовлетворенности местной общины уровнем квалификации медицинских работников;

2. Введение повышения пенсий медицинским работникам, имеющим непрерывный стаж работы в государственных и коммунальных заведениях здравоохранения более 25 лет, для чего необходимо внести соответствующие изменения в Закон Украины «О пенсионном обеспечении»;

3. Создание фонда служебных квартир. В государственном бюджете необходимо предусмотреть соответствующие средства для построения такого

жилья или обеспечить возможность получения долгосрочного кредита под 1-2% на приобретение жилья для медицинских работников, особенно первичного звена, в регионах, где особенно остро стоит вопрос обеспеченности кадрами.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. .Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава / Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_1.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf).

2. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. – К.: НІСД, 2012. – С. 4-11.

3. Совместная работа на благо здоровья / Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int.publications/list/whr2006\\_overview/ru/index.html](http://www.who.int.publications/list/whr2006_overview/ru/index.html).

4. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України – Київ, 2009. – С. 11-13.

5. Карамішев Д. В. Реалізація державної політики щодо професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я / Д. В. Карамішев, Н. М. Федак. – Режим доступу: [http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Vamsu\\_du/2011\\_1/Kar\\_Fed.htm](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vamsu_du/2011_1/Kar_Fed.htm).

6. Білінська М. М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я / М. М. Білінська, Т. П. Попченко. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/09-BILINSKA-POPCHENKO.pdf>.

7. Мегедь В. П. Кадрова політика в системі охорони здоров'я Державної прикордонної служби України / В. П. Мегедь // Укр. мед. часопис. – 2008. – №5 (67) IX-X.

8. Банчук М. В. Державне управління підготовкою кадрових ресурсів сімейної медицини / М. В. Банчук // Державне управління: улосконалення та розвиток. – Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?operation=1&iid=299>.

9. Чернишенко Т. І. Державне управління освітою фахівців охорони здоров'я в умовах перебудови галузі в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з

держ. упр.: 25.00.02 / Чернишенко Т. І.; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2003. – 20 с.

10. Жаховський В. О. Державне управління системою формування кадрового потенціалу медичної служби Збройних Сил у контексті європейської та євроатлантичної інтеграції України: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Жаховський В. О.; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2005. – 20 с.

11. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Курило Т. М.; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2006. – 20 с.

12. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.01 / Радиш Я. Ф.; Укр. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2003. – 35 с.

13. Шегедин М. Б. Медико-соціальні основи реформування медсестринських кадрових ресурсів системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Шегедин М. Б.; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2001. – 36 с.

14. Подрушняк В. Б. Обґрунтування і розробка кваліфікаційних критеріїв у системі професійної підготовки і використання медичних кадрів в охороні здоров'я: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Подрушняк В. Б.; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2002. – 20 с.

15. Пасько В. В. Наукове обґрунтування сучасної системи підготовки кадрових ресурсів військової медицини в Україні: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Пасько В. В.; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2002. – 28 с.

16. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf>.

17. Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе/ Европейский региональный комитет. Пятьдесят седьмая сессия. Белград, Сербия, 17-20 сентября 2007 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/74543/RC57\\_rdoc09.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/74543/RC57_rdoc09.pdf).

18. Таллинская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/88612/E91438R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf).

19. Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения адаптировано для применения в странах с низким и средним уровнем доходов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/handbook-on-monitoring-and-evaluation-of-humanresources-for-health,-with-special-applications-for-low-and-middle-income-countries>.

20. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/hrh/en/>.

21. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.mz.gov.kz/files/resurs\\_14.10.2011.doc](http://www.mz.gov.kz/files/resurs_14.10.2011.doc).

22. Кадровые ресурсы в здравоохранении: Основные направления в работе ВОЗ со странами в Европейском регионе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.eushc.com.ua/catalogs/4/13/1/412/Perfilieva\\_Kiev\\_March\\_2008\\_Rus.pdf](http://www.eushc.com.ua/catalogs/4/13/1/412/Perfilieva_Kiev_March_2008_Rus.pdf).

23. Номенклатура лікарських спеціальностей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0015-98>.

24. Актуальные вопросы кадрового обеспечения организации системы здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%209/V/Medicina\\_9\\_BOOK-45.pdf](http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%209/V/Medicina_9_BOOK-45.pdf).



25. Доклад “Мировая статистика здравоохранения” [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf).
26. Достижение правильного соотношения: удержание работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/hrh/events/2009/expert\\_meeting/en/index.html](http://www.who.int/hrh/events/2009/expert_meeting/en/index.html).
27. Обзор Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/publications/list/whr2006\\_overview/ru/index.html](http://www.who.int/publications/list/whr2006_overview/ru/index.html).
28. Стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.
29. Медиків готують навмання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.acrada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16736715>.
30. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – С. 113.
31. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році / Статистичний бюлетень. – м. Київ – 2012. – С. 11.
32. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік: [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – С. 63-64.
33. Офіційна статистика МОЗ України, станом на 31.12.2011 р.
34. МОЗ: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>.
35. Кадри забезпечують успіх [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=3813>.
36. Україна – донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>.
37. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К., 2009. – С. 58.

38. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://uiph.kiev.ua/uploads/regiony\\_reform\\_galuzi/kyiv.pdf](http://uiph.kiev.ua/uploads/regiony_reform_galuzi/kyiv.pdf).

39. Районна комплексна програма “Медичні кадри” на 2011-2015 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [cherkassy-rda.cck.ua/ .../Районна-комплексн....](http://cherkassy-rda.cck.ua/.../Районна-комплексн....) – Назва з екрану.

40. Стратегія економічного і соціального розвитку кіровоградської області на 2013-2020 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://kr-admin.gov.ua/Comitet/Ua/rozv/22081201.pdf>.

41. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році. Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – м. Київ – 2012. – С. 12.

42. Дані Державної служби зайнятості [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?art\\_id=39012&cat\\_id=4109](http://dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=39012&cat_id=4109).

43. Загальна практика – сімейна медицина – основа формування Національної системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed\\_082004\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed_082004_0.html).

44. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / Посібник підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу «Сприяння реформи вторинної медичної допомоги в Україні». – Київ, 2009. – 72 с.

45. Українська освіта більше не влаштовує іранців [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://vnz.org.ua/statti/1134>.

46. Освіта на експорт [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ukrbizn.com/headline/153-osvta-naekspart.html>.

47. Сприяння реформи вторинної медичної допомоги в Україні / Посібник Представництва Європейської Комісії в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.eu-shc.com.ua/ua/book1.html?id=34>.

48. Наказ МОЗ України від 12.09.2008 р. № 522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20080912\\_522\\_.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080912_522_.html).

49. Кто нас завтра будет лечить [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://zn.ua/HEALTH/kto\\_nas\\_zavtra\\_budet\\_lechit-99247.html](http://zn.ua/HEALTH/kto_nas_zavtra_budet_lechit-99247.html).

50. Кто излечит украинскую медицину? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://debaty.org/article/medicina\\_deb/medicina\\_analitika/467.html](http://debaty.org/article/medicina_deb/medicina_analitika/467.html).

51. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110801\\_454.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html).

52. Наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 512 «Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110815\\_512.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html).

53. Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-12 «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

54. Стан кадрового забезпечення медичної галузі в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/13/17/412/118\\_03\\_2008.pdf](http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/13/17/412/118_03_2008.pdf).

55. Худоба О. В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Trpdu/2010\\_4/doc/4/06.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Trpdu/2010_4/doc/4/06.pdf).

56. Правила прийому в 2012 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nmu.edu.ua/g11.php>.

57. За даними Національного медичного Університету ім. О. О. Богомольця [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nmu.edu.ua/g11.php>.

58. Про результати перевірки планування та використання коштів Державного бюджету України на підготовку і підвищення кваліфікації медичних кадрів вищими навчальними закладами III-IV рівнів акредитації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.acrada.gov.ua/control/main/uk/publish/printable\\_article/48025;jsessionid=7B9D47D82AE3124509793F2F09B38D46](http://www.acrada.gov.ua/control/main/uk/publish/printable_article/48025;jsessionid=7B9D47D82AE3124509793F2F09B38D46).

59. Підготовка медичних та фармацевтичних працівників: інформує МОЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/147474>.

60. Про Конкурсну комісію з розміщення державного замовлення на підготовку фахівців у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України, організацію його формування та виконання / Наказ МОЗ України № 271 від 18.04.2012. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/1\\_doc2.nsf/link1/MOZ15594.html](http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/MOZ15594.html).

61. Камінська Т. М. Вади державної монополії на ринку медичної праці [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Vnyua\\_etp/2011\\_2/09\\_Kamin.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vnyua_etp/2011_2/09_Kamin.pdf).

62. Минимальная зарплата в Украине по 2012 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://index.minfin.com.ua/index/salary/>.

63. Відомості про надання та фінансування медичної допомоги населенню 2002-2012 рр. / Дані Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

64. Рогач І. М. Аналіз підготовки та кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я Закарпатської області / І. М. Рогач, Р. Ю. Погоріляк, Л. О. Качала, Р. І. Шніцер // Науковий вісник Ужгородського університету, Серія «Медицина» – 2011. – Випуск 40. – С. 246.

65. Украинцы считают систему здравоохранения коррумпированной [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://health.unian.net/rus/detail/217082>.

66. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони

здоров'я / Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/209-2012-%D0%BF>.

67. Как вылечить медицину [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.epravda.com.ua/rus/columns/2012/09/28/337448/>.

68. Виноградов О. В. Анализ влияния коррупции на кадровые ресурсы системы здравоохранения Украины [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://droz.kiev.ua/doc2/3.doc>.

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

70. Дорога утриманка [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://dt.ua/HEALTH/doroga\\_utrimanka-86040.html](http://dt.ua/HEALTH/doroga_utrimanka-86040.html).

71. Хто нас завтра лікуватиме [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://dt.ua/HEALTH/hto\\_nas\\_zavtra\\_likuvatime-99247.html](http://dt.ua/HEALTH/hto_nas_zavtra_likuvatime-99247.html).





**More  
Books!** 



**yes**  
**I want morebooks!**

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн - в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов!  
Мы используем экологически безопасную технологию "Печать-на-Заказ".

Покупайте Ваши книги на  
**[www.morebooks.de](http://www.morebooks.de)**

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at  
**[www.morebooks.de](http://www.morebooks.de)**

OmniScriptum Marketing DEU GmbH  
Bahnhofstr. 28  
D - 66111 Saarbrücken  
Telefax: +49 681 93 81 567-9

[info@omniscrptum.com](mailto:info@omniscrptum.com)  
[www.omniscrptum.com](http://www.omniscrptum.com)

OMNIScriptum 