

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
Інститут регіональних досліджень

Ольга Левицька

КАДРОВА ПОЛІТИКА
у системі охорони здоров'я регіону:
напрямки формування та реалізації

Монографія

Львів • 2012

Науковий редактор:

Вовканич С. Й. доктор економічних наук, професор,
провідний науковий співробітник
Інституту регіональних досліджень НАН України

Рецензенти:

Садова У. Я. доктор економічних наук, професор, завідувач
відділу соціально-гуманітарного розвитку регіону
Інституту регіональних досліджень НАН України

Янковська Л. А. доктор економічних наук, професор,
ректор приватного вищого навчального закладу
«Львівський університет бізнесу та права»

Левицька О. О.

Л 37 Кадрова політика у системі охорони здоров'я регіону: напрямки
формування та реалізації: Монографія / Ольга Левицька. – Львів:
Ліга-Прес, 2012. – 320 с.

ISBN 978-966-397-154-4

У монографії висвітлено теоретико-методологічні засади формування та реалізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я як складової комплексної системи управління людськими ресурсами в регіоні. Проаналізовано стан здоров'я населення Львівської області на основі демографічних, медико-санітарних показників та індикаторів рівня і якості медичної допомоги. У цьому контексті розроблено модель впливу галузевого кадрового потенціалу на стан суспільного здоров'я у регіоні. З метою удосконалення процесу формування та реалізації регіональної кадрової політики у системі охорони здоров'я запропоновано дієві організаційні та фінансово-економічні механізми збереження та зміцнення кадрового потенціалу галузі на принципах децентралізації управління людськими ресурсами і надання більш широкій автономії регіональним суб'єктам.

Книга призначена для науковців, економістів, керівників та спеціалістів органів державної влади різних управлінських рівнів.

Рекомендовано до друку
вченою радою Інституту регіональних досліджень НАН України
(протокол № 8 від 18 жовтня 2012 р.)

ISBN 978-966-397-154-4

© Левицька О. О., 2012
© Видавництво «Ліга-Прес», 2012

ЗМІСТ

Передмова 7

Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 1.1. Зміст, завдання та сучасна концепція
кадрової політики у сфері охорони здоров'я 11
- 1.2. Територіально-галузевий і структурний аспекти
кадрової політики системи охорони здоров'я
в умовах ринкової економіки 28
- 1.3. Організаційно-правове забезпечення управління
людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я 55
- 1.4. Методологічні підходи до аналізу ефективності
кадрової політики у галузі охорони здоров'я регіону 68

Розділ 2. АНАЛІЗ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ

- 2.1. Вплив кадрового потенціалу галузі на стан здоров'я
населення: рівень і якість медичної допомоги 85
- 2.2. Особливості системи підготовки медичних працівників
та формування галузевого наукового потенціалу
в регіоні 105
- 2.3. Оцінка регіональних тенденцій розподілу
людських ресурсів у сфері охорони здоров'я 121
- 2.4. Мотиваційна складова кадрової політики системи
охорони здоров'я 145

Розділ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ

3.1. Моделювання і прогнозування впливу кадрової політики на стан здоров'я населення у регіоні.....	161
3.2. Регіональний моніторинг кадрової політики у сфері охорони здоров'я як інструмент ідентифікації якості медичних послуг.....	179
3.3. Зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я через фінансово-економічні та мотиваційні механізми.....	202

Висновки.....	212
---------------	-----

Список використаних джерел.....	216
---------------------------------	-----

ДОДАТКИ

Додаток А Підходи провідних науковців до дефініції поняття «кадрова політика».....	254
Додаток Б Перелік професій і професійних назв робіт у сфері охорони здоров'я населення.....	261
Перелік лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою (фармацевтів) у закладах охорони здоров'я (затверджений Наказом МОЗ України № 385 від 28 жовтня 2002 р.)	268
Додаток В Міжнародні договори та нормативно-правові акти центральних органів влади і їх територіальних підрозділів, що регулюють питання кадрової політики у системі охорони здоров'я регіону	275
Додаток Д Система основних індикаторів для оцінки кадрового потенціалу і політики управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я	285

Додаток Е Кадровий потенціал галузі охорони здоров'я Львівської області (2000–2010 рр.).....	295
Додаток Ж Забезпеченість населення лікарями і середнім медичним персоналом у районах і містах обласного значення у Львівській області	299
Додаток З Питома вага лікарів і середнього медичного персоналу, які працюють у сільській місцевості (у розрізі районів Львівської області)	301
Додаток К Кадрове забезпечення закладів загальної практики (сімейної медицини) у розрізі районів та міст Львівської області.....	303
Додаток Л Динаміка руху кадрів і попиту на робочу силу у галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги у Львівській області (2000–2010 рр.)	305
Додаток М Єдина тарифна сітка розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери ...	307
Схема тарифних розрядів посад керівних, наукових, науково-педагогічних, педагогічних працівників, професіоналів, фахівців та інших працівників бюджетних установ, закладів та організацій	308
Додаток Н Соціально-демографічний портрет потенційного вітчизняного емігранта – працівника охорони здоров'я регіону (якісний аналіз)	310
Додаток П Динаміка і структура основних показників оцінки, мотивації, контролю та розвитку кадрів у галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги у Львівському регіоні (2000–2010 рр.).....	311
Додаток Р Зразок опитування (вивчення думки керівників та інших працівників закладів охорони здоров'я стосовно якісного кадрового забезпечення галузі та схильності до трудової міграції)	317

ПЕРЕДМОВА

*Складність не в нових ідеях, а у визволенні
від старих, які в тих, котрі виховані
як більшість із нас, пустили корені
в кожному закутку нашого мислення.*

Джон Мейнард Кейнс,
англійський економіст

Сучасна соціально-демографічна ситуація в Україні та її регіонах породжує довгострокові виклики і загрози національній безпеці держави. В умовах глибокої демографічної кризи, зниження рівня медичних послуг та якості життя населення дедалі більше загострюються питання збереження і зміцнення здоров'я української нації. Одним із багатьох чинників, які визначають здоров'я людини і суспільства загалом, є стан та ефективність функціонування медичної сфери. При цьому формування вітчизняної системи охорони здоров'я та її ресурсне, передовсім кадрове, забезпечення є надзвичайно складною соціально-економічною проблемою, пов'язаною із недостатньою суспільною спрямованістю реформ та непроведенням системних модернізацій галузі. Крім того, при розв'язанні цієї проблеми практично не враховується регіональна специфіка системи, а галузеве управління і далі залишається переважно централізованим.

Серед чинників, які впливають на сферу охорони здоров'я будь-якого рівня, найважливішими є: нормативно-правова база, фінансове та матеріально-технічне забезпечення системи, діяльність контрольних громадських організацій, державних інститутів, і насамперед – кадровий потенціал охорони здоров'я. Кожен із цих чинників в Україні використовується вкрай недостатньо, але особливо це стосується людського фактору. У цьому контексті

українській медичній галузі, попри динамічні зміни чисельності зайнятих, глибокі кількісні та якісні зрушення в структурі кадрового потенціалу, притаманні посилення соціальної незахищеності працівників охорони здоров'я, зростання регіональної диспропорції якості кадрового забезпечення галузі. Ґрунтовне вивчення сучасних тенденцій формування, використання та розвитку людських ресурсів у системі охорони здоров'я актуалізує об'єктивну необхідність прийняття важливих рішень щодо реформування медичної галузі. Отже, особливого соціально-економічного значення набуває вирішення завдань розробки ефективної кадрової політики у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні та збереження потенціалу людських ресурсів галузі.

Дослідженню проблеми кадрової політики як складного соціального явища присвячено багато наукових робіт вітчизняних (Л. Балабанова, Д. Богиня, Л. Богуш, С. Вовканич, В. Воронкова, В. Гончаров, О. Грішнова, А. Колот, В. Колпаков, Д. Котельніков, О. Крушельницька, В. Куценко, Е. Лібанова, В. Лук'янихін, Д. Мельничук, М. Пітюлич, У. Садова, Л. Семів, І. Шевчук, Л. Шевчук, Г. Щокін, Л. Янковська) та зарубіжних (Дж. Гелбрейт, Г. Десслер, Г. Мінцберг, Т. Парсонс, С. Робінс, Г. Сідунова, Ф. Херцберг, Г. Шмідт, Р. Штольберг) учених. Однак, теоретико-методологічні та прикладні аспекти управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я вивчені недостатньо, головним чином – на макрорівні, а також на прикладі окремих медичних закладів.

У працях українських науковців, котрі досліджували проблеми менеджменту і кадрової політики в охороні здоров'я (О. Баєва, М. Банчук, М. Білинська, Ю. Вороненко, З. Гладун, В. Журавель, Т. Камінська, О. Кузьмін, Є. Латишев, В. Мегедь, З. Мнушко, В. Москаленко, Т. Носуліч, А. Чухно, М. Шутов та ін.), не завжди представлено комплексне бачення ідей сучасної концепції управління людськими ресурсами в галузі. Досі не знайшов належного висвітлення вплив кадрового потенціалу на рівень та якість надання медичних послуг, недостатньо розроблено дієві фінансово-економічні і мотиваційні механізми поліпшення стану кадрового потенціалу охорони здоров'я на регіональному рівні. Існують ґрунтовні напрацювання у цій сфері серед зарубіжних вчених, зокрема праці Т. Боссерта, Н. Дреша, Дж. Дюссолта, П. Хорнбі й ін., проте вони не

адаптовані до соціально-економічних умов розвитку України та її регіонів. У той же час нові виклики ринкових процесів, посилення демографічної кризи, а відтак – зростання соціальної напруги вимагають подальшого теоретико-методологічного осмислення діючої кадрової політики в системі охорони здоров'я; рівно ж – пошуку шляхів удосконалення процесу її формування і реалізації із врахуванням регіональної специфіки.

Все це підтверджує актуальність людського виміру регіональної політики у галузі охорони здоров'я і наукову значущість окреслених проблем.

У *першому розділі* монографії обґрунтовано соціально-економічні передумови еволюції концептуальних підходів до управління людськими ресурсами, уточнено категорійно-понятійний апарат предмету дослідження, сформульовано комплексне визначення кадрової політики у сфері охорони здоров'я, розглянуто її структуру, види та особливості формування, а також проаналізовано систему критеріїв і показників, що виступають індикаторами ефективності кадрової роботи у галузі. Детально вивчено організаційно-правове забезпечення системи управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я, виявлено низку законодавчих недоліків. Особливу увагу звернено на місце кадрової політики в галузі охорони здоров'я регіону у системі регіонального соціального комплексу (із врахуванням компонентного, регіонального та галузевого аспектів). При цьому з'ясовано, що досягнення цілей і реалізація завдань у такому полісистемному механізмі можливі лише в разі узгодженої взаємодії його підсистем і складових, а також при збереженні структурної цілісності.

Другий розділ присвячений аналізу впливу кадрового потенціалу галузі на стан здоров'я населення Львівської області через рівень та якість медичної допомоги, дослідженню системи підготовки і розподілу медичних працівників, формуванню галузевого наукового потенціалу у регіоні, оцінюванню мотиваційної складової кадрової політики у системі охорони здоров'я. Здійснено комплексну оцінку стану здоров'я населення Львівської області за період з 2000 по 2010 роки з використанням індексного методу і трьох груп індикаторів (демографічних показників, медико-санітарних показників, показників рівня та якості медичної допомоги). У про-

цесі вивчення різних складових регіональної кадрової політики у галузі охорони здоров'я визначено найгостріші проблеми та «вузькі місця» даної політики. Досліджено також ефективність кадрової політики у системі охорони здоров'я в економічному, соціальному та інтелектуально-інноваційному аспектах.

У третьому розділі монографії проведено моделювання і прогнозування впливу регіональної кадрової політики на стан здоров'я населення, шляхом екстраполяції трендів отримано середньостроковий оптимістичний та песимістичний сценарії зміни інтегрального індексу здоров'я населення Львівської області, запропоновано низку заходів стосовно формування дієвої політики щодо людських ресурсів галузі (регіональний кадровий моніторинг і програмування) із врахуванням зарубіжного досвіду та українських реалій. Рекомендуються фінансово-економічні та мотиваційні механізми поліпшення стану кадрового потенціалу у системі охорони здоров'я. У цьому контексті опрацьовано механізм впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування як одного із шляхів виходу вітчизняної охорони здоров'я з глибокої кризи та проведення структурних перетворень у системі, що, зокрема, передбачає формування «єдиного медичного простору» в Україні та її регіонах.

Монографія підготовлена в рамках основних напрямів науково-дослідної роботи Інституту регіональних досліджень Національної академії наук України, а саме: «Інтелектуально-інноваційний розвиток регіону в умовах реалізації євроінтеграційної стратегії України», «Розробка нової моделі районування економічного простору України», «Регіональні особливості організації праці в умовах системної кризи», «Регіональна міграційна політика в умовах поліетнічного середовища».

Автор висловлює щире подяку науковому консультанту, доктору економічних наук, професору С. Й. Вовканичу, шановним рецензентам – доктору економічних наук, професору У. Я. Садовій, доктору економічних наук, професору Л. А. Янковській та всім, хто допомагав у написанні та виданні монографії.

Розділ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Зміст, завдання та сучасна концепція кадрової політики у сфері охорони здоров'я

Управлінська діяльність у соціальній сфері, особливо у галузі охорони здоров'я, здійснюється, як правило, за умов дефіциту ресурсів (людських, фінансових, матеріальних, часових та інших), що ускладнює досягнення визначених цілей і завдань. Від політики держави (засобом практичного втілення якої є процес управління) на усіх організаційних рівнях залежить не лише ефективність використання та розвитку наявного ресурсного потенціалу країни (регіону), а й вирівнювання найбільш гострих соціально-економічних диспропорцій між окремими регіонами. При цьому у класифікації проблемних регіонів вчені використовують, як правило, один із двох підходів: перший ґрунтується на оцінюванні регіону за гостротою прояву досліджуваного явища, а другий – на типологічній характеристиці самої проблеми з виокремленням різних типів регіонів. Загалом, чинник регіоналізації є визначальним у сучасних умовах, впливаючи на ефективність територіального управління, збалансованість національної економіки (окремих її секторів) та формування єдиного соціально-економічного простору держави.

З онтологічної точки зору, регіональна кадрова політика у галузі охорони здоров'я як предмет дослідження є основою системи

управління людськими ресурсами (компонентний зріз), обмежена конкретною територіальною суспільною системою – регіоном (територіальний зріз) та є елементом галузі охорони здоров'я, що належить до соціальної сфери¹ (галузевий зріз). Ґрунтовне вивчення предмету дослідження передбачає усвідомлення усіх трьох аспектів, які його конкретизують.

Семантика поняття «людські ресурси» (англ. *human resources*) є досить розгалуженою у наукових тлумаченнях. Ми поділяємо точку зору професора Г. В. Щокіна, котрий підкреслює, що дана категорія пов'язана із кількісними та якісними параметрами кадрового складу (персоналу) підприємства, установи чи організації; робочої сили або трудових ресурсів галузі, території, регіону чи країни в цілому. Разом із традиційними ознаками, які властиві термінам «кадри», «персонал», «робоча сила» і «трудові ресурси», соціально-економічна категорія «людські ресурси», на думку вченого, включає здатність до творчості і потенційні можливості всебічного розвитку працівників, їх культуру, ефект кооперації та самоорганізації, удосконалення трудових взаємовідносин, мотивацію тощо [340, с. 273–274].

Наявність багатьох схожих категорій зумовлена тим, що у розвинутих країнах поняття «кадри» спочатку було замінене на термін «персонал»², а починаючи з 1970-х рр., у розвинутих країнах поширення отримало поняття «людські ресурси», змінивши

¹ Автори Л. Немець та К. Немець медичну систему розглядають як важливу складову соціогосистеми національного чи регіонального рівня, яка забезпечує якість життя і охорону здоров'я населення [126, с. 60].

² Під поняттям «кадри» (від фр. *cadres* – особовий склад) більшість науковців і вчених розуміє основний (штатний, постійний), як правило, кваліфікований склад працівників підприємства, установи чи організації, котрі пройшли попередню професійну підготовку, володіють трудовими навичками, досвідом роботи і спеціальними знаннями в обраній сфері діяльності. Існує також інший підхід, за яким кадри розглядаються як склад працівників конкретної галузі економіки [78, с. 48] або конкретного регіону чи держави в цілому (прирівнюючи таким чином кадри до людських ресурсів) [342, с. 18]. У свою чергу, персонал (від лат. *persona* – особа, особистість; *personalis* – особовий, особистий) – це сукупність усіх працівників (постійних і тимчасових, кваліфікованих і некваліфікованих), що працюють за наймом та мають трудові відносини з роботодавцем [5, с. 18-19]. Останнє поняття є ширшим і охоплює перше, однак цей поділ, на нашу думку, є досить умовним.

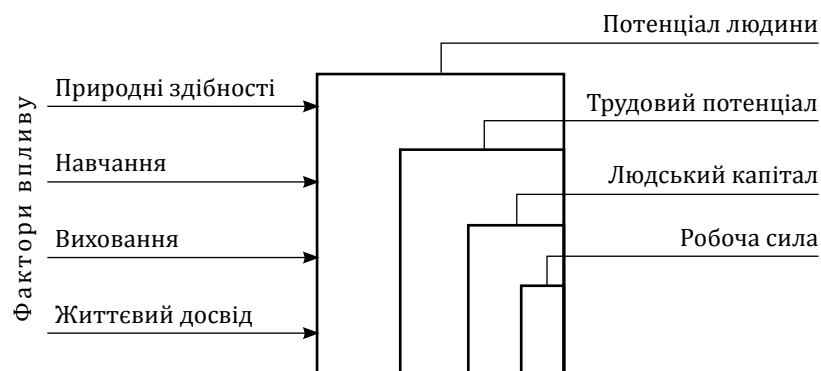
введену в 1920-х рр. академіком С. Г. Струmilіним категорію «трудові ресурси». Останню, за твердженням українського вченого С. В. Попова, використовували як планово-економічний показник вимірювання робочої сили, розуміючи під ним працездатну частину населення (активну і потенційну), яка характеризується фізичними та розумовими здібностями до праці [149, с. 419]. Відповідно до чинного законодавства основними критеріями приналежності людини до трудових ресурсів є стан здоров'я та вік. В Україні до трудових ресурсів належить населення працездатного віку та частина населення до- і післяпрацездатного віку за винятком непрацюючих інвалідів праці і війни I і II груп та непрацюючих осіб працездатного віку, які отримують пенсію за старістю на пільгових умовах [62, с. 10].

Сучасне розуміння трудових ресурсів зводиться до людських ресурсів. Така еволюція обумовлена, насамперед, формулюванням теорії людського капіталу³, пов'язаної з усвідомленням економічної доцільності інвестицій у людину, пріоритетною орієнтацією на розвиток її знань, вмінь, здібностей та навичок. Людські ресурси, на думку доцентів О. В. Крушельницької та Д. П. Мельничука, є значно ширшою категорією і включають в себе такі поняття, як трудовий потенціал⁴ (тобто «гранична кількість і якість запасів

³ Теорія людського капіталу, яка зародилась у 60-ті роки ХХ ст., визначає людський капітал як запас знань, навичок, здібностей і мотивів працівників до продуктивної діяльності, котрий може нагромаджуватися внаслідок інвестування у фундаментальну освіту (навчання, що передує трудовій діяльності), систему підвищення кваліфікації, медицину, виробничу інфраструктуру в тій її частині, що забезпечує рух робочої сили, та інші сфери [261, с. 19]. Крім того, багато дослідників [20, с. 41-42; 22, с. 191; 350, с. 324; 361, с. 9] акцентують увагу на здатності працівників до створення і розповсюдження інновацій і вбачають у ній головне призначення людського капіталу.

⁴ Широке значення терміну «потенціал» (від лат. *potentia* – приховані можливості, потужність, сила) полягає у його трактуванні як «джерела можливостей, засобів, запасу, що можуть бути приведені в дію, використані для вирішення необхідного завдання або досягнення визначеної мети. Це поняття можливості окремої особи, суспільства, держави у визначеній галузі» [101, с. 153]. Варто зауважити, що останнім часом набули поширення такі близькі категорії, як «трудовий потенціал» і «кадровий потенціал». Відрізняються вони тим, що враховують різну «потенційну трудову дієздатність» (тобто здібності, знання і можливості людей). Трудовий потенціал охоплює все працездатне населення,

праці в конкретних умовах геопросторово-часових координат, якими володіє людина, група людей, суспільство» [334, с. 26]), стан здоров'я, рівень освіти, здібностей і культури, професійні знання для роботи у сфері суспільно корисної діяльності [79, с. 10]. Однак, деякі дослідники вважають трудовий потенціал як складову людських ресурсів занадто вузьким поняттям і замінюють його сучасною категорією «потенціал людини». У цьому контексті професор Б. Генкін пропонує оригінальну ієрархію понять (рис. 1.1). У першу чергу, це робоча сила як здатність до праці на ринку, далі – людський капітал як сукупність якостей, що визначають продуктивність і дохід, потім – трудовий потенціал як кількісно-якісний критерій трудової діяльності і, нарешті, загальний потенціал людини, що включає трудовий, творчий, фізичний та інтелектуальний потенціал. Причому на формування перерахованих складових потенціалу людини впливають природні здібності, навчання, виховання і життєвий досвід [26, с. 93, 97].



Джерело: [26, с. 97].

Рис. 1.1. Співвідношення понять «потенціал людини», «трудовий потенціал», «людський капітал» і «робоча сила»

а кадровий, як правило, – тільки ту частку, що має вищу освіту або високу кваліфікацію [127, с. 63]. Хоча обидва поняття передбачають як кількісні, так і якісні характеристики економічно активного населення, розглядаючи при цьому людський фактор у динаміці [52, с. 21].

Досить спрощено тлумачать поняття людських ресурсів професор Л. В. Балабанова і доцент О. В. Сардак, а саме – як «сукупність соціальних, психологічних і культурних якостей працівників як найважливіших складових їхніх особистостей» [5, с. 20]. Що стосується підходу зарубіжних авторів до трактування даної категорії, то переважна більшість (У. Трейсі, А. Пізам, П. Спероу, К. Брюстер, Ю. Пенц та ін. [350, с. 324-325; 361, с. 5; 369, с. 154; 375, с. 322]) розуміє під нею всіх людей, які працюють в організації та/або закріплені у її структурі, робочу силу певної галузі, регіону чи держави загалом, а також знання, вміння, навички, компетенції, мотиваційні та інші особисті якості людей, які визначають їх придатність до конкретного виду діяльності. Причому, на відміну від людського капіталу, людські ресурси є кількісно обмежені і вичерпні, а капітал має здатність до накопичення за умови постійних інвестицій в його розвиток. Це, у свою чергу, вимагає запровадження ефективної системи управління.

У науковій літературі поняття «управління людськими ресурсами» пов'язують, насамперед, з управлінням на рівні держави (регіону) чи галузі. На рівні суб'єктів господарювання різних організаційно-правових форм та різних форм власності в сучасних умовах переважно використовують поняття «управління персоналом», «управління кадрами» чи «кадровий менеджмент»⁵. Управління людськими ресурсами як різновид соціальної діяльності відображає сучасну концепцію⁶ (гуманістичний підхід) в управлінській науці, яка прийшла на зміну класичній (управління трудовими ресурсами), заснованій на економічному підході. Перехід від однієї концепції до іншої відбувся через переосмислення відношення до людини, як до найціннішого ресурсу, та її значення для досяг-

⁵ Як зазначає В. М. Петюх, трудові ресурси і робоча сила виступають, зазвичай, об'єктами державного (регіонального) і виробничо-територіального управління, а кадри і персонал – галузевого і організаційного управління людськими ресурсами [143, с. 24]. Однак, останніх 10–15 років поняття людських ресурсів почали використовувати на усіх рівнях управління, в тому числі і на організаційному, підкреслюючи таким чином роль та місце людини в господарському процесі.

⁶ Концепція (від лат. *conceptio* – розуміння, система) управління людськими ресурсами – система теоретико-методологічних поглядів на суть і значення людських ресурсів, мотиваційний механізм людини, розвиток і затребуваність її здібностей; своєрідна філософія управління персоналом [70, с. 296, 318, 733; 332, с. 70].

нення соціальної і економічної ефективності організації, галузі чи економічної системи в цілому. Так, Георгій Щокін, Людмила Балабанова та Олена Сардак виокремлюють низку характерних рис класичного економічного підходу до персоналу (представниками якого були Ф. Тейлор, А. Файоль, Г. Емерсон, Л. Урвік, М. Вебер та Г. Форд), а саме [5, с. 26; 342, с. 24, 34]:

- сприйняття людини як одного з факторів виробництва та статті витрат незалежно від рівня управління (мікро-, мезо- чи макрорівень);
- відношення до кадрової політики як до другорядної справи, котра переважно ототожнюється з обліковою та контрольною роботою;
- матеріальне стимулювання як основна форма заохочення до праці;
- мінімальні витрати на розвиток персоналу;
- авторитарний стиль управління людьми, жорстка регламентація виконання обов'язків та підпорядкування індивідуальних інтересів загальній справі.

Сучасні концепції (зокрема, управління людськими ресурсами як одна із найпоширеніших), які розвивали у своїх працях відомі вчені А. Маслоу, Ф. Герцберг, Д. Макгрегор, Т. Шульц і Г. Беккер, базуються на наступних особливостях [34; 81, с. 48; 105, с. 9-10; 142, с. 72-73; 332, с. 100; 342, с. 24]:

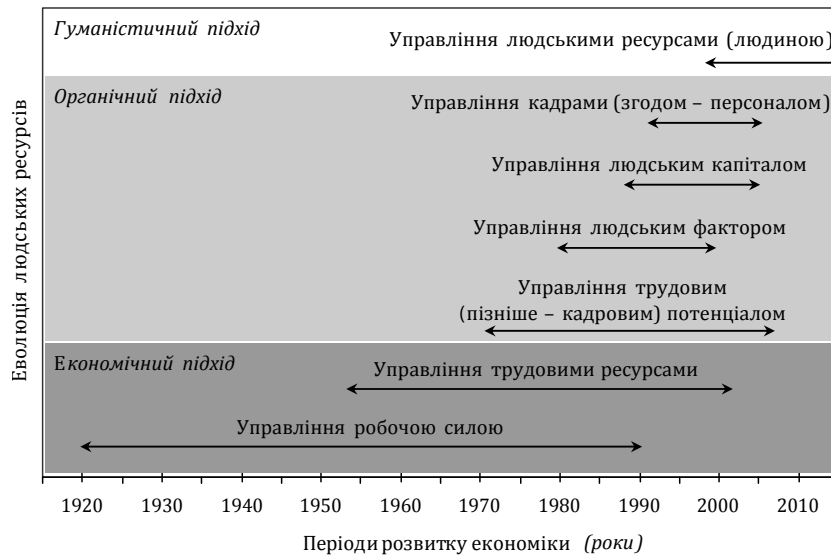
- відношення до персоналу як до одного з найважливіших ресурсів організації (галузі чи цілої економічної системи), джерела її доходів, конкурентоспроможності і розвитку;
- людина як особистість зі своїми потребами, мотивами, цінностями – головний суб'єкт та об'єкт управління;
- активна кадрова політика з широким спектром виконуваних функцій (організаційна, аналітична тощо);
- акцент на якості залучення, безперервному навчанні і розвитку персоналу з урахуванням можливостей та здібностей кожної особистості;
- поєднання економічних та морально-психологічних стимулів для персоналу;
- переважно демократичний стиль управління з різним ступенем свободи в організації праці.

Таким чином, поняття «управління людськими ресурсами» акцентує увагу на стратегічному аспекті роботи з людьми, а «управління персоналом» більшою мірою характеризує оперативну кадрову роботу і в цьому контексті практично є синонімом терміну «кадровий менеджмент». Однак використання нових понять ще не означає практичної реалізації сучасних принципів управління.

Досліджена у хронологічній послідовності ретроспектива діалектики концепцій управління людськими ресурсами та еволюція ключових понять наведена на рис. 1.2⁷. Варто звернути увагу на те, що конкретні поняття (робоча сила, трудові ресурси, людський фактор та капітал, трудовий потенціал, кадри, персонал і людські ресурси) були введені у науковий обіг, як правило, значно раніше, ніж виникли відповідні концепції. Крім того, існує складність із визначенням чіткої класифікації концептуальних підходів, які застосовувалися в роботі з персоналом у другій половині ХХ ст., через появу численних шкіл кадрового менеджменту та обмін досвідом між ними. У зв'язку з цим часові межі різних концепцій, що розвивались в Україні, були встановлені на основі аналізу вітчизняних та зарубіжних літературних джерел (див. рис. 1.2).

Значення концепції управління людськими ресурсами в Україні почали усвідомлювати вкінці 90-х рр. (у розвинутих країнах – починаючи із 70-х), а доцільність її використання у сфері охорони здоров'я лише обговорюється. Втілення нових поглядів у життя наразі є у перспективі, оскільки досить мало наукових праць вітчизняних вчених присвячено теоретико-методологічним та прикладним аспектам управління медичним персоналом – найважливішим ресурсом галузі. Це об'єктивно зумовлює необхідність ґрунтовного вивчення даної проблематики. Не зважаючи на те, що низка українських науковців (О. В. Баєва [326], У. Я. Садова [273], З. С. Гладун [28], Л. Т. Шевчук [334], В. Ф. Москаленко [119], М. В. Банчук [6], О. Є. Кузьмін [115], А. А. Чухно [58], З. М. Мнушко [117], В. І. Журавель [50], Ю. В. Вороненко [58], М. М. Білинська [9], Г. І. Трілленберг [23], Є. Є. Латишев [84], Т. М. Носуліч [128], В. П. Меґедь [107], М. М. Шутов [338] та ін.) досліджували ті чи інші

⁷ Така ж еволюція бачення людських ресурсів з аналогічними періодами розвитку управлінських концепцій відбувалася у більшості країн СНД.



Джерело: розроблено автором на основі літературних джерел [3, с. 73; 5, с. 26-30; 15, с. 65-66; 51, с. 24; 105, с. 7; 342, с. 19-22].

Рис. 1.2. Еволюція концептуальних підходів до управління людськими ресурсами в Україні (ретроспективний аналіз)

елементи менеджменту та кадрової політики в охороні здоров'я, комплексного аналізу і реального втілення ідей сучасної концепції управління людськими ресурсами в даній сфері на сьогодні практично немає. Існують цікаві напрацювання серед зарубіжних вчених (Дж. Дюссолт [358], Н. Дреш [368], Т. Боссерт [373], П. Хорнбі [360]), проте вони не адаптовані до соціально-економічних умов розвитку України та її регіонів. У той же час нові виклики ринкових процесів, зниження рівня та якості життя населення вимагають, на нашу думку, подальшого теоретичного осмислення концепції та відповідного реформування системи охорони здоров'я. Крім того, риси сучасної концепції повинні бути відображені у практичних заходах на основі документів стратегічної спрямованості.

Аналізуючи методологічний інструментарій дослідження кадрового управління, ми дійшли висновку, що таку складну со-

ціально-економічну категорію, як «управління людськими ресурсами», необхідно розглядати через призму системного підходу⁸, оскільки він відображає взаємозв'язки між окремими аспектами управління персоналом і пов'язаний із розробкою кінцевої мети, визначенням шляхів її досягнення, створенням відповідного механізму управління тощо. Даний підхід є методологічною основою управління людськими ресурсами, враховуючи багатогранність проявів людини (як соціальної, біологічної, економічної і культурної істоти), а також постійну взаємодію людей у соціальних групах. Цю точку зору висловив доцент В. О. Лук'янихін [102, с. 36], з якою ми цілком погоджуємося. Базуючись на тому, що управління – це процес, а система управління – механізм, який забезпечує цей процес, управління людськими ресурсами доцільно вивчати як комплексну системну діяльність.

У вузькому значенні під системою управління людськими ресурсами розуміють переважно багатовекторну діяльність відповідних підрозділів (відділів) організацій, органів галузевої компетенції, місцевих, центральних і спеціальних органів виконавчої влади та інших суб'єктів, предметом якої є регулювання трудових відносин та цілеспрямований вплив на людські ресурси (так званий суб'єктно-об'єктний підхід). У широкому аспекті – це система взаємозалежних організаційно-економічних і соціальних заходів з метою створення умов для нормального функціонування, розвитку й ефективного використання потенціалу робочої сили на організаційному, регіональному чи загальнодержавному рівні [51, с. 27, 89; 81, с. 53-54] (організаційний підхід). Крім того, дана система передбачає єдність керівної (суб'єкт управління) та керованої (об'єкт управління) систем, наявність зв'язків між ними;

⁸ Класичне визначення терміну «система» (від грец. *σύστημα* – ціле, складене із частин; поєднання, сполучення) сформулював австрійський біолог Карл Людвіг Фон Бергаланфі, який розумів під нею комплекс взаємодіючих компонентів чи сукупність елементів, що знаходяться у певних відносинах один з одним і з середовищем [303, с. 25, 345]. Багато науковців пов'язують даний термін з поняттям цілі. Так, відомий російський вчений і філософ В. М. Сагатовський розглядає систему як скінченну множину функціональних елементів і відносин між ними, виділену із середовища відповідно до певної цілі в межах конкретного часового інтервалу. При цьому всі елементи системи «утворюють певну цілісну єдність» [31, с. 14-15].

включає формування цілей, функцій і завдань, а також розробку концепції, політики і стратегії кадрової роботи, принципів і методів управління людськими ресурсами.

За твердженням професора Г. В. Щокіна, комплексна система управління людськими ресурсами складається, як правило, з трьох взаємопов'язаних підсистем (систем нижчого порядку) [342, с. 51]:

- виконавців (містить дані про кількісні та якісні характеристики людських ресурсів, задіяних у системі);
- робіт (відповідає за різноманітні напрямки діяльності з формування і реалізації цілей та завдань управління людськими ресурсами);
- інформаційного забезпечення управління (об'єднує дані про перші дві підсистеми і забезпечує зв'язок між ними).

Інше бачення структури системи управління людськими ресурсами пропонують професор Г. В. Осовська та доцент О. В. Крушельницька. На думку авторів, дану систему формує велика кількість субсистем, кожна з яких, у свою чергу, включає багато елементів і відповідає за конкретний напрям кадрової роботи: відтворення, формування, розподіл і перерозподіл та використання людських ресурсів [136, с. 15]. Всі функціональні підсистеми, за професором І. К. Макаровою [105, с. 39], можна звести до трьох основних блоків: формування, використання та розвитку людських ресурсів.

Таким чином, загальну систему управління людськими ресурсами доцільно вважати полісистемним комплексом, враховуючи її складну структуру та зростання зв'язків і залежностей між її субпідрядними елементами.

З огляду на це, можна зрозуміти структуру системи управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я. Її елементами виступають:

- 1) реальні (активні)⁹ і потенційні людські ресурси галузі та їх трудовий потенціал як об'єкт управління;
- 2) безпосередні та опосередковані організатори охорони здоров'я різних рівнів як суб'єкти системи управління люд-

⁹ До реальних (активних) людських ресурсів галузі належать як практикуючі медичні працівники, так і ті, котрі не залучені у лікувальний процес, але працюють у системі охорони здоров'я.

ськими ресурсами, а саме: центральні, місцеві, галузеві та спеціальні органи влади (Президент, Верховна Рада, Кабінет Міністрів, обласні та районні державні адміністрації, обласні, міські, сільські і селищні ради, Міністерство охорони здоров'я та його підрозділи (зокрема Департамент кадрової політики, освіти та науки), комісії охорони здоров'я обласних рад, управління охорони здоров'я обласних держадміністрацій і міських рад (у структурі яких є, як правило, окремі відділи кадрового забезпечення), відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій, виконавчі органи сільських і селищних рад тощо); інші державні органи, які мають у своєму віданні установи охорони здоров'я (зокрема, Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Служба безпеки, Міністерство транспорту); громадськість як допоміжний суб'єкт (громадські організації, професійні об'єднання, політичні партії і т. д.); відповідні підрозділи та адміністрація закладів охорони здоров'я;

- 3) принципи, методи, форми і засоби впливу на вищезазначений об'єкт управління, а також процедури, необхідні для реалізації усіх напрямів кадрової роботи в охороні здоров'я, тобто інструментарій системи управління людськими ресурсами галузі;
- 4) інформаційний потік, який забезпечує ефективне функціонування даної системи і взаємозв'язок усіх елементів.

Досягнення цілей і реалізація завдань у такому полісистемному механізмі можливі лише в разі узгодженої взаємодії його підсистем і складових, а також при збереженні структурної цілісності. А це, в свою чергу, вимагає створення ефективної кадрової політики¹⁰ – основи будь-якої системи управління людськими ресурсами, у тому числі у галузі охорони здоров'я.

У вітчизняній та іноземній науковій літературі дотепер не сформовано єдиної думки стосовно змісту поняття «кадрова по-

¹⁰ Політика (від грец. *πολιτική* – державна діяльність): 1) мистецтво управління державою [282, с. 97]; 2) загальний напрямок, характер діяльності держави, певного класу або політичної партії [18, с. 77; 28, с. 22]; 3) сукупність правил, відповідно до яких функціонує система в цілому і за якими діють люди, що входять в цю систему [28, с. 77; 325, с. 126].

літика». Більше того, зарубіжні фахівці замінили дану категорію на політику розвитку людських ресурсів, підкреслюючи тим самим використання сучасної концепції управління персоналом. В Україні ж така еволюція понять поки що не відбулася. Існує безліч підходів до трактування кадрової політики, що пояснюється складністю, багатоаспектністю і, певною мірою, абстрактністю даної категорії. У зв'язку з цим об'єктивно необхідним є ґрунтовний аналіз різних наукових точок зору щодо розуміння суті кадрової політики та їх врахування при формулюванні оптимального визначення для подальшого його використання у процесі дослідження. Результати діалектичного синтезу різноманітних підходів до категорії «кадрова політика» та їх умовне групування наведені у табл. 1.1 (повний аналіз – у Дод. А).

Таблиця 1.1

**Підходи провідних науковців
до дефініції поняття «кадрова політика»**

Підхід	Автор	Дефініція кадрової політики
1	2	3
Соціально-економічний	І. Оганесян [131, с. 20], Г. Щокін [341, с. 481]	Система принципів, форм, методів і напрямів роботи з персоналом, спрямованих на забезпечення суспільного виробництва та інших сфер національної економіки висококваліфікованими кадрами.
	Ю. Алексахіна [2]	Центральна підсистема соціально-економічної системи, яка включає її трудовий потенціал, взаємодію різних його складових – кадрів, а також цілі, норми, механізми їх функціонування та розвитку.
Об'єктно-суб'єктний	В. Співак [288, с. 24], А. Кібанов та І. Дуракова [64, с. 296]	Діяльність, пов'язана з організацією відносин між суб'єктами (державними органами, органами управління організацій, посадовими особами різних рівнів) та об'єктами управління (регіональними системами, галузями, організаціями, окремими людьми).

Продовження табл. 1.1

1	2	3
Організаційно-цільовий	Ю. Одегов, Т. Ніконова і Д. Безделов [132, с. 47]	Діяльність, націлена на створення системи управління персоналом, що базується в основному не на адміністративних методах управління, а на економічних стимулах і соціальних гарантіях для досягнення високої продуктивності праці, зменшення плинності персоналу та інших негативних проявів.
Процесно-діяльнісний	В. Колпаков і Г. Дмитренко [70, с. 217]	Діяльність, для якої характерними є статична і динамічна складові: у статичній фазі розробляються концептуальні основи кадрової роботи, проектується і створюється система управління кадрами; у динамічній фазі реалізуються сформульовані положення, вимоги, принципи і практичні заходи із забезпечення дієздатності кадрового корпусу.
Системно-функціональний	П. Журавльов, С. Карташов та ін. [51, с. 53], К. Єрьоміна і В. Ретинська [325, с. 7]	Система теоретичних поглядів, ідей, загальних і специфічних вимог, принципів, які визначають основні форми, методи та напрямки кадрової роботи (формування, використання, відтворення, стимулювання, розвиток персоналу, створення оптимальних умов праці та інші напрямки).
	Г. Щокін [341, с. 457]	Комплексна система управління людськими ресурсами в масштабах держави, регіону, галузі або окремої організації, яка охоплює розробку організаційних принципів роботи з людьми, формування і раціональне використання людських ресурсів.
Системно-структурний	В. Колпаков і Г. Дмитренко [70, с. 217]	Система взаємозв'язаних процесів, функціональних структур (взаємозв'язки кадрових функцій на різних рівнях управління), організованості елементів (фіксація відносин, впорядкованість, узгодженість дій між людьми, службами, рівнями управління) і безпосередньо людей.

Продовження табл. 1.1

1	2	3
Історичний	О. Оболенський [129, с. 297]	Сукупність офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів регулювання кадрових відносин у конкретно-історичних умовах розвитку суспільства.
Стратегічно-векторний	П. Журавльов, С. Карташов та ін. [51, с. 53]	Цілісна кадрова стратегія, яка об'єднує різні елементи і форми кадрової роботи, стиль її проведення, плани з використання робочої сили.
	Д. Аширов [3, с. 408], В. Красношопка [76, с. 9], Г. Щокін [339, с. 781]	Генеральний напрям у кадровій роботі, який визначається сукупністю найбільш важливих положень, виражених у державних рішеннях та рішеннях окремих організацій на тривалу перспективу чи конкретний період.
Державний	Г. Щокін [341, с. 454]	Один із провідних напрямків діяльності держави, що охоплює розробку організаційних принципів роботи з людьми, формування і раціональне використання людських ресурсів, забезпечення ефективного розвитку кадрового потенціалу.
Регіональний	Г. Сидунова [275], Н. Богданова [10, с. 127]	Визначення стратегії, тактики і політичного курсу кадрової роботи у регіоні; оптимальне поєднання регіональних, групових, індивідуальних інтересів у сфері розвитку кадрового потенціалу.
Галузевий	О. Перетяка [141], П. Бурлюк [13, с. 12]	Система планування, підготовки, розподілу, використання і розвитку кадрового потенціалу галузі відповідно до цілей, принципів та особливостей державної кадрової політики, потреб і можливостей галузі.

Джерело: опрацьовано автором.

На основі аналізу наведених підходів зрозуміло, що поняття кадрової політики:

- має вузьке і широке значення (неоднозначність);
- включає безліч компонентів і зв'язків (поліструктурність);
- може розглядатися з різних точок зору (поліаспектність);
- передбачає багато центрів управління (полісуб'єктність);
- характеризується різноспрямованістю управлінської дії при регулюванні кадрових процесів (поліоб'єктність);
- охоплює велику кількість функціональних напрямів (поліфункціональність);
- має здатність існувати одночасно в різних формах та переслідувати множинну різновекторну ціль (поліморфність);
- використовується на усіх рівнях управління (полірівневість).

Через відсутність у розумінні кадрової політики єдиного соціального явища наукова думка пропонує багато варіантів дефініції даної категорії. Більшість вчених дотримуються системного, векторного і соціально-економічного підходу, окреслюючи кадрову політику як складну сукупність взаємопов'язаних елементів, що визначає генеральний напрям кадрової роботи і є частиною соціально-економічної політики країни, регіону чи конкретної організації.

Враховуючи всю складність даного поняття, цілком очевидно, що його необхідно трактувати з позиції комплексного підходу, котрий би максимально інтегрував погляди, запропоновані вітчизняними та зарубіжними авторами. На нашу думку, оптимальним і найбільш повним визначенням можна вважати наступне: *кадрова політика* – головний напрям (вектор) роботи з людськими ресурсами в організації, галузі, регіоні чи державі, який визначається системою теоретичних поглядів, ідей, вимог, принципів, правил, форм, методів і технологій кадрової роботи за різними функціональними напрямками (планування, формування, розподіл, використання, відтворення та розвиток людських ресурсів) у конкретних соціально-економічних умовах. Якщо ж спроектувати запропоноване визначення на сферу охорони здоров'я, то під *кадровою політикою у системі охорони здоров'я* слід розуміти головний напрям кадрової роботи, який визначається системою теоретичних поглядів, ідей, імперативів та прикладних правил,

форм і методів управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я з різним її функціональним наповненням у конкретних соціально-економічних умовах.

Поряд з тим, багато теоретиків кадрового управління (П. Журавльов, С. Карташов, Г. Щокін, Є. Охотський, В. Слинков, М. Халіков, Р. Кунакбаєв, О. Корчагіна, М. Клочкова та інші) некоректно ототожнюють поняття кадрової політики і кадрової стратегії (див. табл. 1.1). На наш погляд, дані категорії відрізняються між собою, незважаючи на їх тісний взаємозв'язок. Так, кадрова політика визначає генеральний напрям роботи з персоналом, що базується на загальних ідеях, поглядах і принципах (концепції) управління людськими ресурсами, а кадрова стратегія конкретизує, уточнює та доповнює політику. Таку точку зору поділяє і низка інших фахівців, зокрема Ф. Хміль, В. Лук'янихін, М. Костера тощо. У свою чергу, необхідно розмежовувати кадрову політику і кадрову роботу. Остання характеризує комплекс практичних дій, заходів та механізмів, що забезпечують реалізацію цілей і завдань відповідної політики. Проте цілком прийнятною є позиція професорів Віктора Колпакова та Геннадія Дмитренка, які наголошують на тому, що кадрова політика включає статичну і динамічну складові: у статичній фазі розробляються концептуальні основи кадрової роботи, проектується і створюється система управління персоналом; у динамічній фазі практично реалізується сукупність сформульованих положень, офіційних вимог, принципів і заходів щодо забезпечення дієздатності кадрового корпусу в реальних умовах [70, с. 217]. Більше того, за твердженням російського вченого Галини Сідунової, на рівні регіону (держави) межа між кадровою політикою і роботою практично зникає [275].

Аналізуючи зв'язок між системою управління людськими ресурсами і кадровою політикою, одні науковці вважають дані категорії ідентичними (Г. Щокін [341, с. 457]), інші характеризують кадрову політику як складову системи (М. Беяцький, С. Велесько та П. Роїш [8, с. 9], О. Єгоршин [42, с. 20]). Однак, ми погоджуємося з точкою зору тих теоретиків (Ю. Одегов, Т. Ніконова і Д. Безделов [132, с. 47]), котрі ідентифікують систему управління персоналом як ціль кадрової політики і не вважають останню структурним компонентом даної системи. Отже, кадрова політика є основою

(ядром) системи управління людськими ресурсами, конкретизується у відповідній стратегії, а реалізується через практичну діяльність – кадрову роботу. На основі чіткого розмежування ключових термінів і понять можна представити загальну схему формування системи управління людськими ресурсами та роль кадрової політики у цьому процесі (рис. 1.3). Без комплексної узгодженої кадрової політики не може ефективно функціонувати



Джерело: розроблено автором.

Рис. 1.3. Послідовність формування системи управління людськими ресурсами (дедуктивний підхід)

жодна система управління людськими ресурсами незалежно від того, на якому рівні і в якій сфері вона формується та реалізується, і вітчизняна сфера охорони здоров'я при цьому не є виключенням.

1.2. Територіально-галузевий і структурний аспекти кадрової політики системи охорони здоров'я в умовах ринкової економіки

З'ясувавши суть і значення предмету монографічного дослідження у компонентному зрізі, необхідно обґрунтувати його місце в складі онтологічного об'єкту регіонально-економічної науки (територіальний зріз). Аналіз регіональної кадрової політики у системі охорони здоров'я є, насамперед, регіонально-економічним дослідженням, хоча і має широкий міждисциплінарний характер. Чітке визначення позиції і масштабу предмету дослідження вимагає зведення таких ключових категорій, як «регіон», «регіональний аналіз», «регіональне прогнозування», «регіональне планування», «регіональна політика», «регіональна кадрова політика», «трудо-вий (кадровий) потенціал регіону» та «регіональний розвиток», у єдину логічну систему. Дані поняття є надзвичайно дискусійними, що змушує теоретиків-регіоналістів перебувати у постійному науковому пошуку. Варто зазначити, що великий внесок у становлення та розвиток регіональної економіки, зокрема її гуманітарного напрямку, зробили вчені Львівської наукової школи (О. І. Шаблій, М. І. Долішній, С. Й. Вовканич, С. Л. Шульц, Л. К. Семів, У. Я. Садова, Л. Т. Шевчук, Я. О. Побурко, В. І. Приймак, А. І. Мокій тощо). Проблеми регіональної політики і розвитку регіонів розглядаються також у працях З. С. Варналія, А. О. Єпіфанова, Е. М. Лібанової, П. Т. Бубенка, В. І. Чужикова, О. В. Васильєва, Т. М. Безверхнюк, Т. М. Савельєвої, Ю. В. Орловської та інших вітчизняних науковців.

Одним із найбільш суперечливих питань сьогодні є зміст категорії «регіон»¹¹. Наукова думка сформувала більше десятка

¹¹ Термін регіон (від лат. *regio* – країна, край, область, район) з'явився у другій половині XIX століття як визначення конкретної території, яка відрізняється від інших [264, с. 40].

різних підходів до визначення даного поняття, однак єдиного оптимального трактування не запропонувала. У загальному розумінні регіон – це територія, яка відрізняється від сусідніх територій за певною ознакою (наприклад, за розміром чи структурою) і характеризується цілісністю та єдністю взаємопов'язаних елементів [7, с. 116; 271, с. 99].

Прихильники економічного підходу розглядають регіон як суб'єкт економічних відносин, носій особливих економічних інтересів [12, с. 190; 273, с. 35, 43; 327, с. 38]. У цьому контексті регіон вважається відносно самостійною господарюючою підсистемою в системі вищого порядку, що має свою складну структуру (зокрема галузеву), свій кадровий потенціал, цілі та пріоритети розвитку. Дане дослідження зосереджене на конкретній ланці галузевої структури регіону – системі охорони здоров'я, яка водночас є важливою частиною соціальної сфери.

На особливу увагу заслуговує соціетальна¹² парадигма (уявлення) регіону, представлена вітчизняними науковцями У. Я. Садовою, З. С. Варналієм і П. Т. Бубенком у відповідних монографіях [12, с. 191; 264, с. 42; 273, с. 44-45]. Згідно із даною парадигмою регіон охоплює процеси відтворення соціального життя спільнот, які проживають на певній території, об'єднані відносною спільністю умов життєдіяльності, інтересів, традицій, культури, і котрі наділені сукупністю відносно подібних можливостей реалізації демовідтворення, зайнятості, розвитку освіти, охорони здоров'я, культури, розселення, збереження навколишнього середовища. Причому соціетальний підхід є значно ширшим за економічний. У найбільш вузькому контексті регіон сприймається як одиниця адміністративно-територіального поділу країни [7, с. 116]. При такому підході предмет дослідження обмежений конкретним регіоном (таксономічною одиницею) – Львівською областю. У випадку міжрегіональних порівнянь розглядаються й інші області

¹² Соціетальний (від лат. *societas* – спільність) – термін, що використовується в соціології для позначення відносин і процесів у найскладніших соціальних системах з розвиненим управлінням, соціально-класовими структурами й інститутами. Термін уведений в обіг німецьким соціологом А. Келлером (1903 р.) і віднесений ним до організаційних аспектів соціального життя [77, с. 333-334].

України та Автономна Республіка Крим, а в межах структурного аналізу нижчого рівня – райони Львівської області.

Варто підкреслити важливу особливість регіонального рівня економічної системи, який організаційно є вищим від галузевого та рівня окремих суб'єктів господарювання, але нижчим від національного (тобто є органічною складовою останнього). «Привабливість регіонального рівня з погляду обґрунтування його самодостатності, – як вважає професор Ярослав Олійник, – в тому, що в окремому регіоні зосереджені локальні і галузеві виробничі комплекси, відповідна інфраструктура і система управління як у країні в цілому» [133, с. 158]. Така структурно-функціональна схожість регіонального рівня із загальнодержавним певною мірою полегшує дослідження визначеної проблеми.

Регіон як об'єкт управління (регулювання) може бути визначений лише на основі чіткого розуміння його особливостей, глибокого аналізу і прогнозу розвитку території [7]. Так, регіональний аналіз трактується науковцями як оцінка фактичних даних (показників), що дає змогу виявити стан економічних явищ у регіоні, тенденції та закономірності їх розвитку [334, с. 34]. Однак, враховуючи соціетальну парадигму регіону, цілком очевидно, що регіональний аналіз передбачає дослідження не лише економічних, а й соціальних явищ і процесів у регіоні. Результати такого аналізу необхідні для реалізації функцій прогнозування та планування¹³ на регіональному рівні. Це, в свою чергу, дозволяє науково обґрунтовувати регіональні концепції, стратегії і програми, а також формувати адекватну регіональну політику. Остання, як свідчить теоретичний аналіз, є складною і багатозначною категорією.

У широкому розумінні поняття регіональної політики, за твердженням академіка М. І. Долішнього, – це «система цілей і дій, спрямованих на реалізацію інтересів держави щодо регіонів та внутрішніх інтересів самих регіонів за допомогою методів, що

¹³ Регіональне прогнозування – це наукове передбачення імовірних напрямів і параметрів соціально-економічного розвитку регіону на основі регіонального аналізу. У свою чергу, регіональне планування означає встановлення конкретних цілей і завдань на плановий період із вказівкою джерел фінансування, безпосередніх виконавців тощо [264, с. 22; 334, с. 34]. Планування зазвичай супроводжується програмуванням – безпосередньою розробкою політики.

враховують історичну, етнічну, соціальну, економічну та екологічну специфіку територій» [40, с. 17]. Аналогічного підходу, який можна ідентифікувати як діяльнісний, дотримується низка інших науковців, зокрема С. Вовканич, З. Варналій, Ю. Гладкий, А. Чистобаєв, М. Соколов, В. Симоненко та С. Романюк [20, с. 17; 27, с. 19; 36, с. 19; 269, с. 3; 276, с. 31; 282, с. 99]. При цьому головною метою державної політики на рівні регіону є забезпечення комплексно-пропорційного розвитку його території на основі раціонального використання та збереження регіональних особливостей та інтегрального потенціалу відповідно до розробленої програми [146, с. 7]. Найбільш вузький контекст регіональної політики зводиться до її трактування як складової загальнодержавної політики та як сфери діяльності регіональної (місцевої) влади щодо управління соціально-економічним розвитком регіону (міста) [72, с. 67]. Варто зауважити, що за сучасних умов регіональна політика стає вагомим інструментом просторового регулювання соціально-економічних явищ і процесів (об'єктів політики), особливо в тих сферах (наприклад, у соціальній), де дія ринкових важелів обмежена.

Серед багатьох напрямів регіональної політики одним із найважливіших є напрям, пов'язаний із регулюванням зайнятості, ефективним використанням та розвитком людських ресурсів регіону. Зазначена функція реалізується через відповідну кадрову політику, котра, в свою чергу, розробляється на основі концепції, політики і стратегії соціально-економічного розвитку регіону. Враховуючи пропонований нами оптимальний варіант визначення кадрової політики і не зменшуючи при цьому наукового внеску інших фахівців [10, с. 127; 69, с. 7; 275], поняття регіональної кадрової політики доцільно розглядати як сукупність цілей, завдань, найважливіших напрямів, принципів і методів роботи регіональних структур та інститутів (як і суб'єктів інших рівнів) з кадрами відповідно до цілей та інтересів регіону. Об'єктом такої політики виступає трудовий (кадровий) потенціал регіону як складова інтегрального потенціалу даної територіальної суспільної системи¹⁴. На думку

¹⁴ Територіальна суспільна система, за У. Я. Садовою, – це частина суспільства, що функціонує на певній території, оконтурена політико-адміністративними границями із системоформуючим центром [273, с. 335].

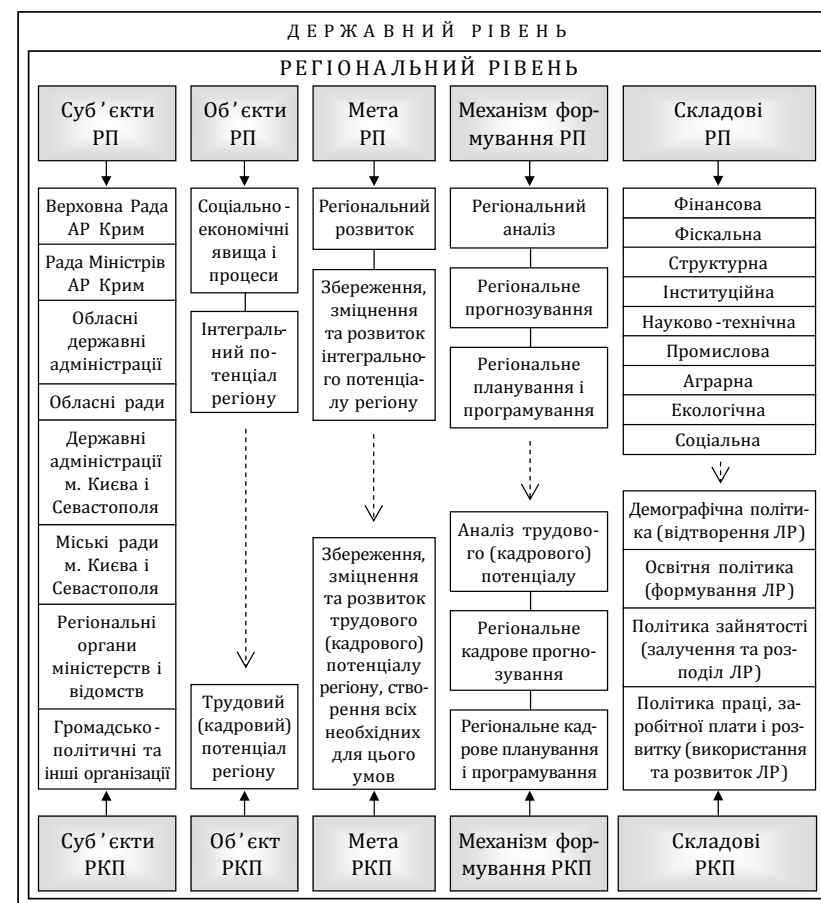
професорів Гліба Фетисова, Василя Приймака, Ганни Старостенко та інших вчених, трудовий потенціал регіону відображає чисельність, статеві-віковий склад та професійно-кваліфікаційний рівень працездатного населення регіону [121, с. 86; 160, с. 12; 327, с. 130]. Ми поділяємо таку точку зору, однак, окрім зазначених кількісно-якісних аспектів, варто також розглядати медико-соціальні характеристики людських ресурсів як невід'ємний елемент трудового потенціалу регіону.

Ще одним завданням у межах теоретичного аналізу є визначення мети кадрової політики регіону. Ґрунтуючись на тому, що будь-яка управлінська діяльність має своє цільове призначення, дедуктивно зрозуміло, що регіональна кадрова політика теж здійснюється для реалізації конкретної мети. Її суть, на нашу думку, полягає у збереженні, зміцненні та розвитку трудового (кадрового) потенціалу регіону, що є одним із головних завдань загального регіонального розвитку¹⁵.

Отже, в основу монографічного дослідження покладений аналіз соціально-економічних процесів, що впливають на кадрову політику у галузі охорони здоров'я Львівського регіону. Регіональний принцип реалізації державної кадрової політики є надзвичайно доцільним, оскільки за роки соціально-економічних реформ в Україні розходження між регіонами за умовами та рівнем розвитку охорони здоров'я населення (як цілої системи, так і її кадрового потенціалу) стали настільки значними, що вимагають формування і проведення відповідної регіональної політики, адаптованої до конкретних територіальних умов. Це означає, що системним рівнем охорони здоров'я має бути регіональний, на який повинні переноситись основні аспекти реалізації національної кадрової

¹⁵ Категорія «регіональний розвиток» означає складний інтегральний структурно-трансформаційний процес, тобто сукупність позитивних (хоча негативні зрушення теж вважаються розвитком – *авт. прим.*) структурних і функціонально-територіальних змін соціально-економічної, екологічної та інших видів діяльності людей за певний відрізок часу [144, с. 47]. Дане поняття український вчений К. В. Мезенцев трактує як якісну зміну в часі станів просторової організації людської діяльності у регіонах [110, с. 9], а А. П. Голіков – як зміну внутрішньої соціально-економічної структури [30, с. 9]. Таким чином, регіональний розвиток передбачає кількісні (екстенсивні), структурні та якісні (інтенсивні) зміни регіональної системи.

стратегії і політики в галузі з урахуванням регіональних стратегічних пріоритетів і кадрової політики регіону. На основі проведеного понятійно-термінологічного аналізу ключові категорії регіональної економіки та політики були зведені у єдину логічну систему для конкретизації місця предмету дослідження у ній (рис. 1.4).



Скорочення: РП – регіональна політика, РКП – регіональна кадрова політика, ЛР – людські ресурси. Джерело: розроблено автором.

Рис. 1.4. Взаємозв'язок регіональної кадрової політики із державною регіональною політикою (комплексний підхід)

Подальший теоретичний аналіз вимагає ґрунтовного усвідомлення ще одного аспекту предмету дослідження, котрий його деталізує. У галузевому контексті регіональна кадрова політика у системі охорони здоров'я є елементом медичної галузі, яка, в свою чергу, належить до соціальної сфери. Охорона здоров'я, з одного боку, є відносно самостійною ланкою конкретної територіальної суспільної системи – регіону, а з іншого боку – одним із видів економічної діяльності¹⁶. Так, згідно з чинним в Україні від 1 квітня 2006 р. Національним класифікатором ДК 009:2005 «Класифікація видів економічної діяльності» (КВЕД) охорона здоров'я, яка функціонує з метою надання медичних послуг населенню, визначена як окремий вид економічної діяльності під секцією N «Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги» [67]. Зазначена класифікація відповідає міжнародним стандартам і дає можливість порівнювати статистичні дані різних країн.

Як відомо, у науковій літературі зустрічається також розуміння охорони здоров'я як галузі¹⁷. Ця позиція є дещо застарілою і використовується переважно у вузькому значенні. Галуззю охорони здоров'я, як стверджує у своїй монографії доцент Зиновій Гладун, називають усю сукупність органів і закладів охорони здоров'я країни, які об'єднані в системі Міністерства охорони здоров'я та в інших галузевих (відомчих) системах (Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства транспорту, Служби безпеки України тощо), а також комунальні медичні заклади, підпорядковані органам місцевого самоврядування, та заклади приватної і колективної форм власності [28, с. 25-26]. Варто зазначити, що галузь охорони здоров'я є важливою складовою соціальної сфери країни (регіону). У цьому контексті український вчений-регіоналіст Уляна Садова наводить наступне визначення соціальної сфери: «складне системне утворення, системоформую-

¹⁶ Економічна діяльність – процес виробництва продукції (товарів та послуг), який здійснюється з використанням певних ресурсів: сировини, матеріалів, устаткування, робочої сили, технологічних процесів тощо [67].

¹⁷ Галузь – група якісно однорідних господарських одиниць (підприємств, організацій та установ), які характеризуються особливими умовами виробництва в системі суспільного розподілу праці, однорідною продукцією (послугами) і які виконують загальну (специфічну) функцію у національній економіці [116, с. 19].

чим фактором якої є соціальні відносини, що виникають у процесі різних видів людської діяльності мешканців територіальної суспільної системи, і яка охоплює умови і способи їх життя» [273, с. 335]. Ми цілком погоджуємося з даним трактуванням, при цьому зауважимо, що в структурі соціальної сфери, окрім охорони здоров'я, виділяють також такі складові, як: освіта, культура, спорт, захист сім'ї, материнства, батьківства і дитинства, зайнятість населення, соціальний захист та соціальне забезпечення.

На наше переконання, сутність поняття «охорона здоров'я» слід розглядати крізь призму системного підходу. Більшість сучасних учених, зокрема З. С. Гладун, А. Д. Ярменчук, С. О. Ютовець, І. М. Солоненко, Н. Д. Солоненко, Л. І. Жаліло, Л. А. Пиріг, Я. Ф. Радиш, Й. Л. Гарбаж, І. М. Андреева, М. П. Дейкун, В. І. Журавель, вважають охорону здоров'я складною соціальною системою. Так, вітчизняний науковець С. Ютовець трактує її як сукупність політичних, економічних, правових, соціальних, наукових, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження та лікування захворювань, поліпшення умов довкілля, покращення умов життя і праці народу, збереження та укріплення здоров'я суспільства і кожного з його членів [345, с. 94]. З позиції об'єктно-суб'єктного підходу охорона здоров'я, на думку професора Любові Жаліло і доцента Надії Солоненко, спрямована на людину (здорову та хвору) і на фактори, що створюються у процесі соціальних відносин, а сама система має державний характер, оскільки керується, утримується та фінансується в основному державою [283, с. 175-176]. Комплексно поняття охорони здоров'я охарактеризував український вчений, заслужений лікар України Микола Дейкун, а саме – як систему державних і регіональних нормативно-правових, фінансово-економічних, соціально-оздоровчих, природоохоронних, біологічних, суспільних, санітарно-гігієнічних і медичних заходів, що реалізуються державою і спрямовані на укріплення, збереження та відновлення здоров'я людини, збільшення тривалості та підвищення якості життя, формування в особистості мотивованої потреби бути здоровим і корисним суспільству [34].

Наведені визначення є вагомим науковим внеском до теоретичних досліджень даного питання, однак варто відокремлювати поняття «система охорони здоров'я» і «медична система»,

які більшість авторів ототожнюють. На нашу думку, остання категорія стосується виключно лікувальної (відновлювальної) складової системи охорони здоров'я і пов'язана з організацією медичної допомоги населенню. Вона є одним із трьох базових векторів (компонентів) загальної системи – поряд із екологічним (який відповідає за охорону здоров'я і довкілля) та валеологічним (завдання якого – зміцнення громадського здоров'я і покращення якості життя) векторами. На основі такого підходу нами сформульовано альтернативне визначення охорони здоров'я: це – історично зумовлена, створена народом система цінностей, ідеалів і традицій, котра має за мету відтворення і прогресивний розвиток популяції, та зумовлена об'єктивними (природними, генетичними, економічними і соціально-побутовими) факторами системна діяльність на державному, громадському й особистому рівнях, спрямована на:

- 1) запобігання захворюванням і нещасним випадкам;
- 2) забезпечення нормального фізичного, психічного і духовного розвитку людини;
- 3) надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги і реабілітації [25, с. 20].

Це означає, що заходи з охорони, зміцнення і відновлення здоров'я можуть проводитись не лише у медичних закладах, а й вдома, у навчальних закладах, на робочих місцях, у громадських місцях, громадах, у фізичному і психосоціальному оточенні, а також у секторах, пов'язаних із охороною здоров'я. Запропоноване альтернативне трактування не суперечить Основам законодавства України про охорону здоров'я, а, навпаки, доповнює законодавчо визначену дефініцію. Відповідно до Закону під охороною здоров'я розуміється «система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» [134, Ст. 3].

Таким чином, можна зробити висновок, що система охорони здоров'я:

- є динамічною соціальною системою, оскільки до її складу входять людський, технічний та організаційний фактори, а

діяльність спрямована на людину і чинники, що утворюються у процесі соціальних відносин;

- має державний характер, що передбачає провідну роль держави як власника, роботодавця і певної сфери соціально-культурного життя суспільства;
- характеризується багаторівневою ієрархічною структурою і великою кількістю суб'єктів управління на всіх рівнях (локальному, регіональному і національному);
- є видом економічної діяльності, яка функціонує з метою надання медичних послуг населенню і використовує для цього певні ресурси;
- належить до галузей соціальної сфери поряд із освітою, наукою, спортом, культурою, захистом сім'ї, материнства, батьківства і дитинства, зайнятістю населення, соціальним захистом, житлово-комунальним господарством тощо;
- включає три основні вектори (елементи системи): екологічну, валеологічну і медичну (лікувальну та відновлювальну) складову;
- охоплює комплекс медичних, валеологічних, екологічних, соціальних та інших заходів, спрямованих на збереження, охорону та постійне зміцнення здоров'я кожного громадянина і потенціалу людини в цілому.

Варто звернути увагу на те, що національну систему охорони здоров'я структурно і функціонально повторює охорона здоров'я нижчого (регіонального) рівня. Остання є основою подальшого теоретичного і практичного аналізу. Охорона здоров'я регіону, як відомо, належить до соціальної сфери регіону, котра, в свою чергу, регулюється регіональною соціальною політикою. Думки вчених з приводу даного поняття суттєво відрізняються, що свідчить про складну природу соціальних відносин. Багато вітчизняних науковців (О. Беляєв, М. Діба, В. Кириленко [284, с. 122], Л. Дідківська і Л. Головка [38, с. 161], В. Васильченко, А. Гриненко, О. Грішнова та Л. Керб [15, с. 286], Г. Щокін [341, с. 473], Г. Осовська та О. Крушельницька [136, с. 184], В. Єременко [49, с. 294], В. Скуратівський, О. Палій та Е. Лібанова [280, с. 342]) трактують соціальну політику крізь призму діяльнісно-цільового підходу, розуміючи під нею діяльність державних і громадських інститутів, суспільних груп

та окремих осіб (суб'єктів соціальної політики) щодо створення і регулювання соціально-економічних умов життя суспільства з метою підвищення добробуту його членів, мінімізації негативних явищ функціонування ринкових процесів, забезпечення соціальної справедливості та соціально-політичної стабільності.

Досить поширеним є трактування соціальної політики як системи дій, заходів та відносин. Так, доценти Любов Дідківська та Людмила Головка розглядають дану категорію як систему соціально-економічних, правових, організаційних, регулятивно-контрольних заходів держави, місцевих органів влади, підприємств з метою узгодження цілей соціального характеру із цілями економічного зростання [38, с. 161]. Уляна Садова у своїй монографії визначає соціальну політику як систему взаємозв'язків і взаємодій у сфері функціонування та розвитку соціальної складової суспільства; як сукупність соціально-трудова й інших відносин між соціальними групами, верствами, спільнотами, в центрі яких є людина, її добробут, соціальна безпека, рівні можливості соціального розвитку [273, с. 68-69]. Концептуально тлумачить поняття соціальної політики професор Віктор Мандибура, характеризуючи її як «сукупність науково сформульованих ідей, положень та концептуальних підходів, що поєднується із системою конкретних дій, заходів, важелів, стимулів і механізмів, за допомогою яких практично регулюються соціальні процеси» [106, с. 22].

Отже, соціальна політика може розглядатися як в онтологічному, так і конкретно-науковому контексті. Так, за територіально-державним підходом виділяють макрорівневий (загальнодержавний), мезорівневий (регіональний) та мікрорівневий (муніципальний) тип соціальної політики. Регіональна соціальна політика, на думку У. Я. Садової, є складною багатокомпонентною сферою діяльності, націленою на впорядкування різноманіття регіональних соціальних процесів [273, с. 108]. Регіональний рівень передбачає розробку політики не в центрі, а безпосередньо в регіоні органами територіального управління, місцевими органами влади та іншими суб'єктами. При цьому регіональна соціальна політика містить як державну регіональну політику, так і політику самих регіонів. Це зумовлює єдність протилежностей принципів та методів її реалізації, оскільки необхідно враховувати, з одного боку, регіональні

особливості, а з іншого – загальнодержавні пріоритети у соціальній сфері. У свою чергу, за секторальним підходом соціальна політика охоплює всі види людської життєдіяльності (відповідно до складових соціальної сфери). Окремо виділяють політику у галузі охорони здоров'я. На рівні регіону політика у даній галузі як складова національної політики полягає у розробці й затвердженні органами державної влади центрального та регіонального рівня пріоритетів і програм охорони здоров'я населення регіону (області), зміцнення та розвитку мережі медичних закладів і здійснення заходів охорони здоров'я населення [28, с. 23]. Вона включає також заходи щодо розвитку медичної системи, охорони довкілля, санітарно-епідеміологічного благополуччя населення регіону, забезпечення збалансованого і якісного харчування, здорового розвитку дітей, охорони материнства і батьківства. Важко не погодитися з професором Володимиром Трошинським, котрий вбачає головну мету державного управління сферою охорони здоров'я на регіональному рівні у забезпеченні високоякісної, доступної медичної допомоги для населення та динамічного розвитку системи охорони здоров'я регіону з орієнтацією на запобігання захворюванням, формування мотивації до здорового способу життя і покращення демографічної ситуації [72, с. 24].

Із позиції структурного підходу регіональна політика у системі охорони здоров'я складається з багатьох елементів (напрямків), одним з яких є кадрова політика. Системний аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової думки стосовно питань регіональної кадрової політики у галузі охорони здоров'я свідчить про те, що ступінь вивчення проблеми не відповідає її місцю та значенню у соціально-економічному житті суспільства. Конкретного визначення даного об'єкту на сьогодні немає, що цілком зрозуміло, зважаючи на складність і неоднозначність трактування поняття кадрової політики у науковій літературі. У зв'язку з цим, на основі власних теоретичних пошуків та поглядів українських і зарубіжних вчених, автором запропонована власна дефініція регіональної кадрової політики у системі охорони здоров'я. Її суть сформульована так: *головний вектор роботи з людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я регіону, який визначається системою теоретичних поглядів, ідей, імперативів та прикладних правил, форм і методів кадрової*

роботи за різними функціональними напрямками (формування, розподіл, використання, відтворення та розвиток¹⁸ людських ресурсів), розробленими органами державної влади центрального і регіонального рівнів. При цьому кадрова політика планується і формується із врахуванням національної концепції і стратегії розвитку охорони здоров'я, цілей та пріоритетів регіону у даній сфері з метою збереження, зміцнення і розвитку кадрового потенціалу галузі. А він, у свою чергу, охоплює різноманітні кількісні та якісні характеристики працівників охорони здоров'я.

Для чіткого визначення і розуміння предмету дослідження необхідно попередньо з'ясувати всі елементи, блоки, структури, їх взаємозв'язки та взаємодії, що формують складний специфічний комплекс. На рис. 1.5 наведена структурно-логічна схема регіональної кадрової політики в галузі охорони здоров'я, яка є основою та орієнтиром для подальшого теоретико-методологічного і практичного дослідження. При формуванні схеми враховувались різні аспекти, що характеризують науковий предмет роботи, були також конкретизовані його складові частини – підсистеми, кожна з яких виконує певні завдання, але спрямована на вирішення загальної мети. Варто при цьому зауважити, що до суб'єктів регіональної соціальної політики і регіональної кадрової політики в галузі охорони здоров'я, крім органів територіального управління, зазначених на рис. 1.5, належать і суб'єкти загальнодержавного та місцевого рівнів, поза як вони також беруть участь у регіональному кадровому управлінні.

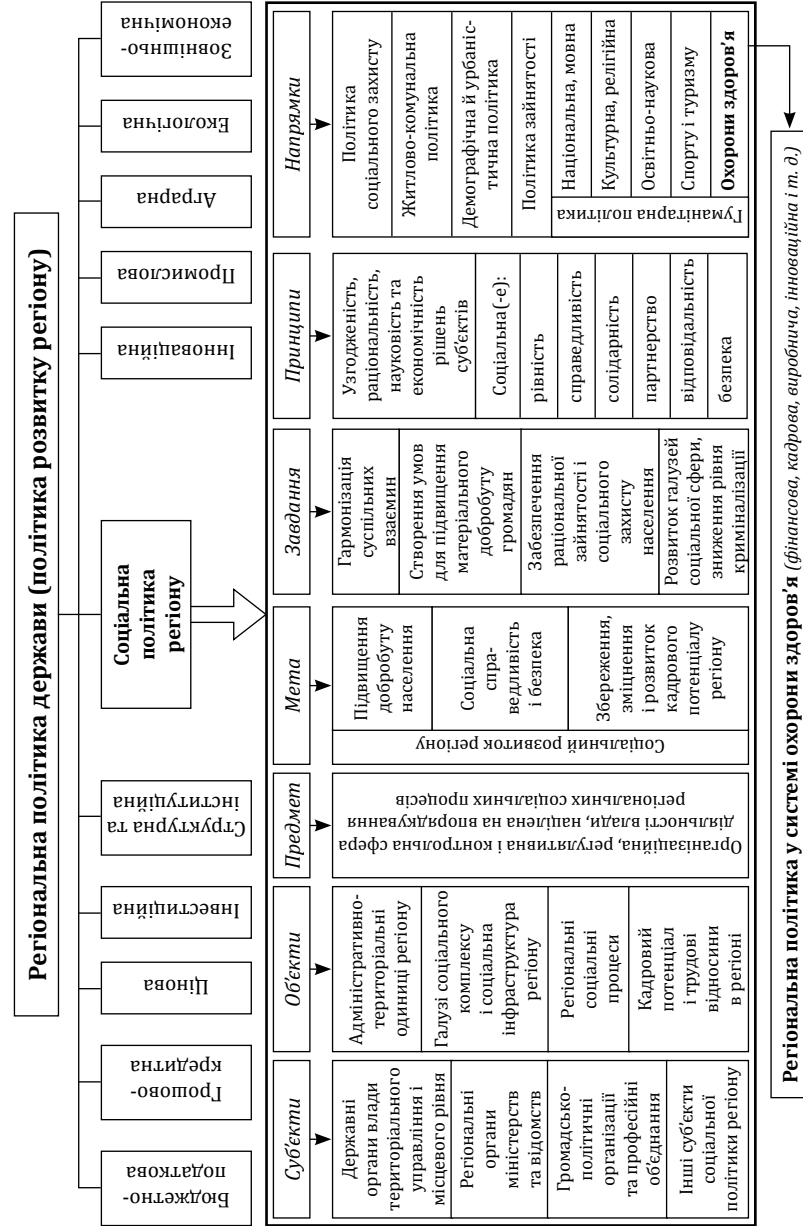
¹⁸ Комплексний розвиток людських ресурсів включає професійну і соціальну складову. Професійний розвиток забезпечується заходами з професійного навчання працівників, планування їх трудової кар'єри та професійно-кваліфікаційного просування. У свою чергу, соціальний розвиток людських ресурсів – це цілеспрямований процес удосконалення соціальної структури кадрів, покращення умов праці, забезпечення розвитку працівників у результаті більш повного використання можливостей соціального страхування, посилення соціальних гарантій і додержання громадянських прав людини; підвищення життєвого рівня працівників, членів їх сімей і задоволення на зазначеній основі потреб персоналу у різноманітних освітніх послугах, самовираженні й подальшому вдосконаленні. Соціальний розвиток персоналу є складовою частиною механізму формування, розподілу та ефективного використання людських ресурсів, що забезпечує підвищення рівня суспільного престижу і привабливості конкретних професій працівників [272, с. 16, 301-303].

Сучасна ситуація у вітчизняній охороні здоров'я вимагає проведення глибоких перетворень у системі управління людськими ресурсами галузі, оскільки раціональне і якісне забезпечення охорони здоров'я кваліфікованими кадрами є важливим чинником ефективності, якості і доступності медичної допомоги – кінцевої мети реформування галузі. У свою чергу, кадровий потенціал даної сфери безпосередньо залежить від політики держави на усіх рівнях управління. Однак перед тим, як розглядати особливості та проблеми кадрової політики в охороні здоров'я, необхідно усвідомити різницю між поняттями «медичний персонал» і «персонал системи охорони здоров'я».

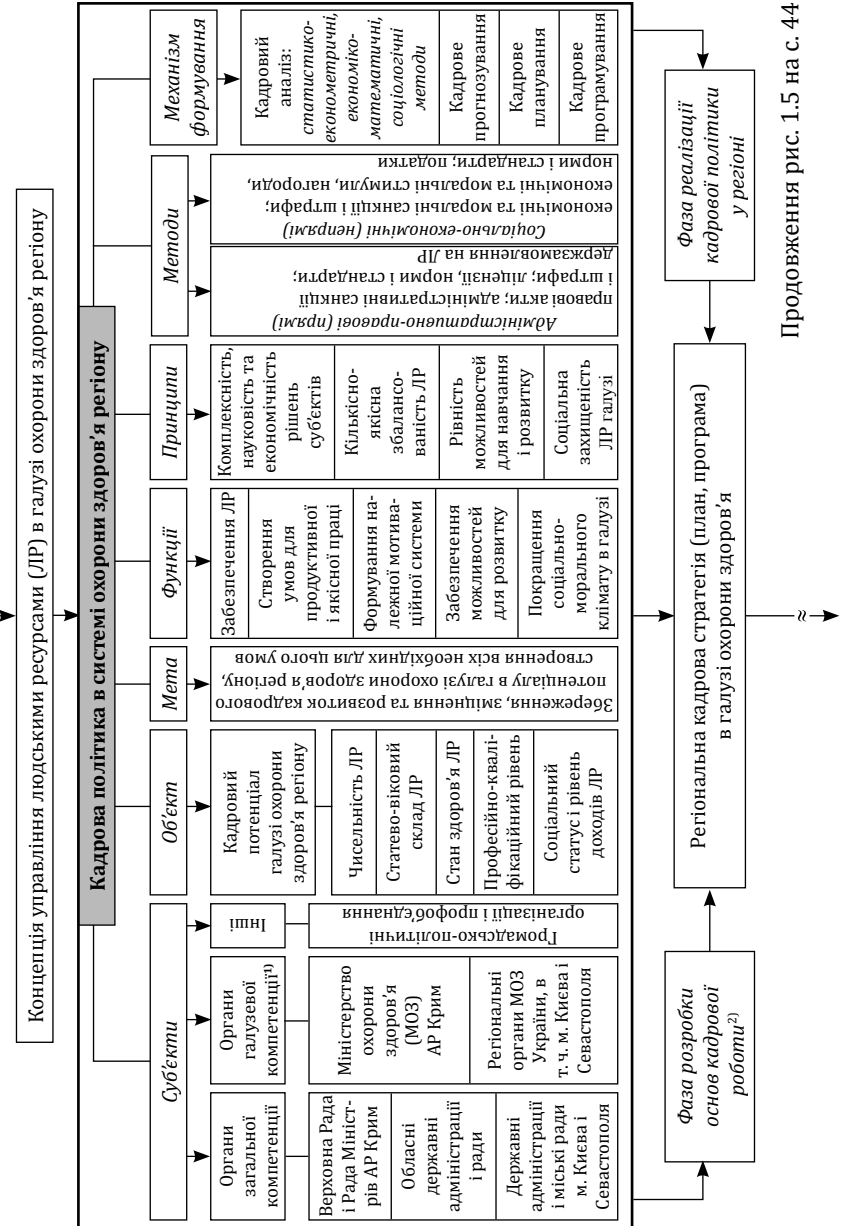
Згідно із Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) до працівників даної системи відносять усіх, для кого головною метою професійної діяльності є покращення стану здоров'я людей [372, с. 1]. До цієї категорії належить персонал, що працює у сфері зміцнення здоров'я, діагностики і лікування захворювань, управління системою охорони здоров'я і забезпечення її функціонування. Інший підхід пропонують фахівці Департаменту здоров'я ПАР, зазначаючи, що працівниками охорони здоров'я є всі ті, хто бере участь у створенні і наданні медичних послуг (як оплачуваний персонал, так і волонтери) незалежно від місця праці і форми зайнятості [349, с. VII]. Серед працівників галузі охорони здоров'я найважливішу роль відіграє медичний персонал. У словнику людських ресурсів Уільяма Трейсі запропоноване визначення медичних кадрів як осіб з відповідним освітньо-кваліфікаційним рівнем, що мають право (дозвіл) надавати медичні послуги населенню [375, с. 305-306].

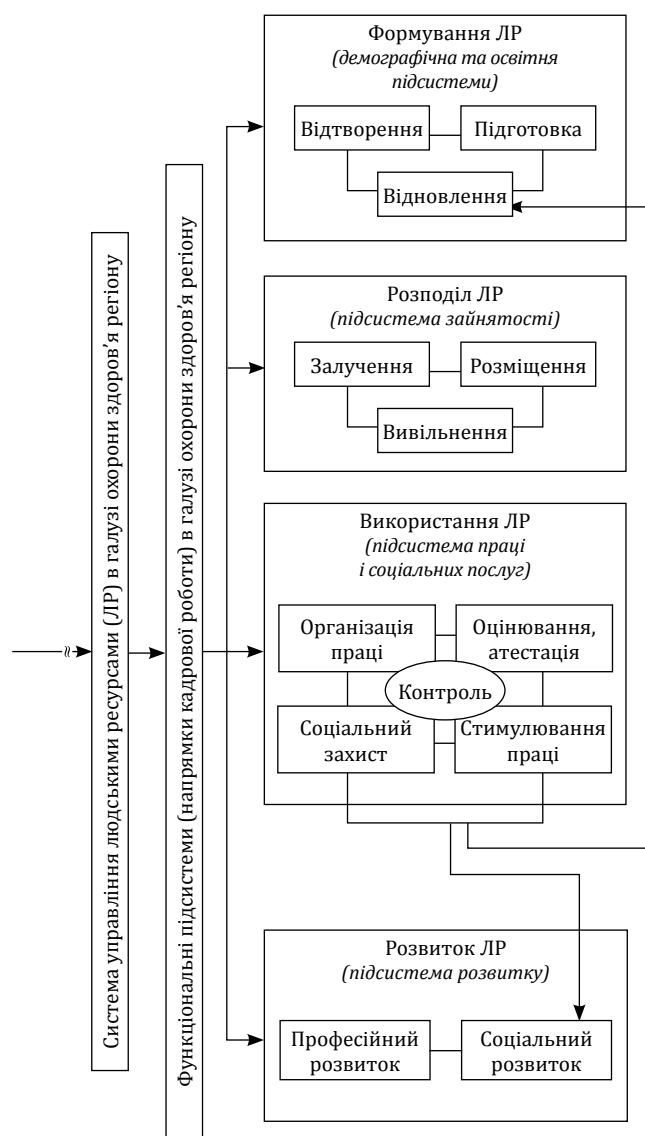
У свою чергу, українські науковці виокремлюють різні контексти даного поняття. Ми поділяємо точку зору вітчизняного фахівця у галузі права Олександра Шукіна, котрий вважає, що у широкому значенні медичний працівник – це особа, яка здійснює медичну діяльність¹⁹ на законних підставах (у формі індивідуальної практики

¹⁹ Медична діяльність включає поняття медичної допомоги і медичної послуги. Перша категорія, відповідно до статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я, характеризує «комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з



Продовження рис. 1.5 на с. 43





1) У тому числі інші державні органи, які мають у своєму віданні установи охорони здоров'я (зокрема, територіальні управління Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки, Міністерства транспорту тощо).

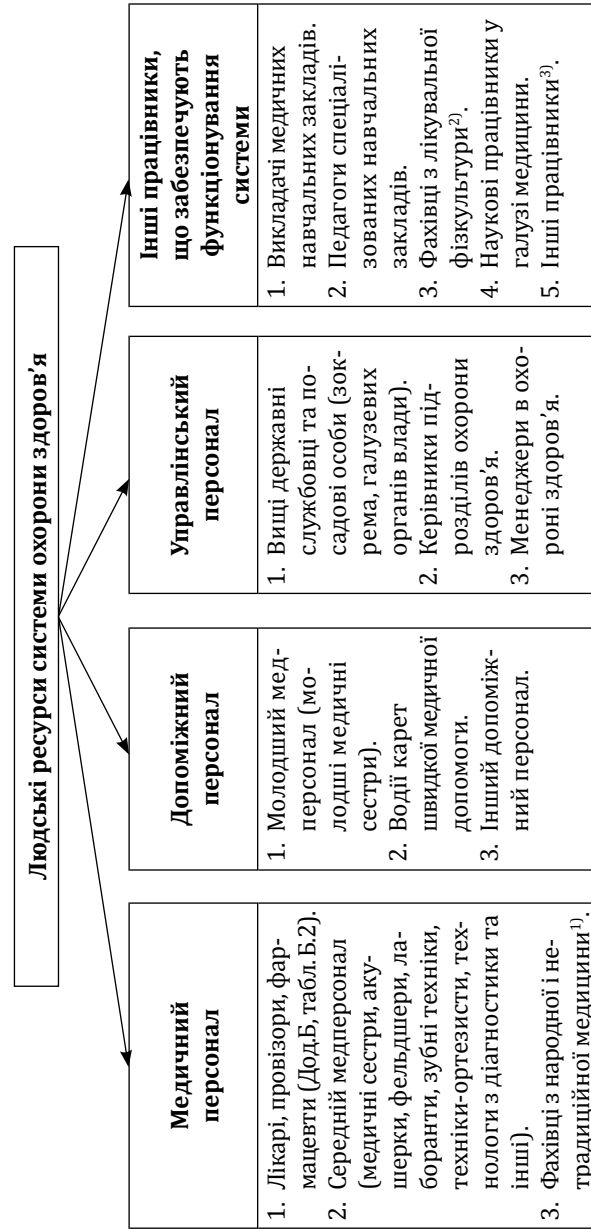
2) Фаза включає аналіз, прогнозування, планування і програмування кадрової роботи за усіма напрямками.

Рис. 1.5. Структурно-логічна схема кадрової політики в галузі охорони здоров'я регіону у системі регіонального соціального комплексу: компонентний, регіональний та галузевий аспекти (розроблено автором)

чи за наймом). У більш вузькому контексті – це окрема категорія найманих працівників, тобто фізична особа (громадянин України або іноземець), яка здобула вищу, середню медичну або фармацевтичну освіту та пройшла подальшу спеціальну підготовку чи перепідготовку, відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, що підтверджується чинними документами (сертифікатом спеціаліста), прийняла на себе етичні зобов'язання знати і виконувати вимоги медичної деонтології та уклала трудовий договір з ліцензованою медичною установою на здійснення медичної діяльності [343, с. 7-10]. До медичних працівників більшість науковців відносить лікарів, фармацевтів, провізорів, середній медперсонал та інших осіб, котрі фактично виконують професійні обов'язки за відповідною спеціальністю. Молодший медичний персонал не виконує функції, пов'язані з лікуванням людини, тому даних осіб, на нашу думку, не логічно розглядати як медичних працівників, а доцільно класифікувати як працівників системи охорони здоров'я (разом із тими фахівцями галузі, які не залучені у лікувальний процес, а працюють на адміністративних, наукових чи викладацьких посадах).

Таким чином, до людських ресурсів системи охорони здоров'я належать як працівники, безпосередньо задіяні у лікувальному процесі, так і персонал, діяльність якого не пов'язана із лікуванням людей, однак сприяє функціонуванню галузі (рис. 1.6). При цьому ядром кадрового потенціалу системи і головним об'єктом галузевої статистики є медичні працівники (зокрема лікарі і середній медичний персонал). Крім того, до людських ресурсів охорони здоров'я відносяться і потенційні ресурси – студенти навчальних закладів медичного та немедичного спрямування, а також інтерни, які у перспективі стануть реальним (активним) медичним персоналом. Варто також зауважити, що зображена на рис. 1.6 структура є однаковою для всіх рівнів системи охорони здоров'я – національного, регіонального та місцевого. Детальний перелік професій і професійних назв робіт у сфері охорони здоров'я населення, регламентований чинним від 1 листопада 2010 року

гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів» [134, ст. 3]. У свою чергу, медична послуга визначається як вид кваліфікованих медичних дій, що становить певну частину медичної допомоги [345, с. 97].



¹⁾ за умови наявності медичної освіти і спеціального дозволу на здійснення медичної діяльності.

²⁾ інструктори, спортивні масажисти та інші фахівці з освітою не медичного профілю.

³⁾ бактеріологи, біологи, біохіміки, ентомологи, зоологи, мікробіологи та інші професіонали.

Джерело: розроблено автором.

Рис. 1.6. Структура реальних (активних) людських ресурсів у системі охорони здоров'я населення

Національним класифікатором України «Класифікатором професій» (ДК 003:2010), представлено у Додатку Б.

Аналізуючи особливості кадрової політики в галузі, необхідно чітко визначити її характер, цілі, завдання і пріоритети роботи з медичним персоналом у сучасних умовах. Це дозволить виявити в процесі подальшого дослідження головні переваги і недоліки даної політики, а також запропонувати раціональні шляхи удосконалення її формування та реалізації в межах регіону і держави загалом.

З теорії вітчизняного і зарубіжного управління людськими ресурсами відомо дві класифікації кадрової політики, незалежно від організаційного рівня та сфери діяльності:

- 1) за ступенем усвідомленості правил і норм, що лежать в основі кадрових заходів, і рівнем впливу управлінського апарату на кадрову ситуацію виділяють пасивну, реактивну, превентивну, активну (раціональну) та авантюристичну (нераціональну) кадрову політику;
- 2) залежно від ступеня відкритості щодо зовнішнього середовища при формуванні кадрового складу виокремлюють відкриту і закриту кадрову політику [5, с. 135; 18, с. 78-79; 22, с. 47; 70, с. 323-324; 114, с. 29-30].

Недоліком традиційної класифікації є її обмеженість, неможливість комплексно представити суть і характер кадрової політики як складного соціального явища. Звичайно, такі класифікаційні підходи можна застосувати у дослідженні особливостей кадрової політики в системі охорони здоров'я, однак для одержання більш повної характеристики пропонуємо якісно нову класифікацію за різними групами класифікаційних ознак (територіально-організаційною, якісними і факторними ознаками), що суттєво доповнює вищезгадані підходи. При цьому наукові пошуки і погляди автора у цьому напрямку ґрунтуються на загальних засадах кадрового управління і наведені у табл. 1.2.

Таким чином, ідеальною моделлю кадрової політики в системі охорони здоров'я будь-якого організаційного рівня, виходячи із зазначеної класифікації, можна вважати активну (раціональну), відкриту, практичну (прикладну), послідовну, конструктивну, формальну (закріплену офіційним програмним документом), усвідомлену і цілеспрямовану, комплексну, гнучку (адаптив-

Таблиця 1.2

Класифікація кадрової політики у системі охорони здоров'я

Ознака	Тип політики	Характеристика
1	2	3
Територіально-організаційна ознака		
1. Організаційний рівень	Національна	Політика, що розробляється на загальнодержавному рівні і характеризує національні цілі та пріоритети управління людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я.
	Регіональна	Головний напрям у роботі з людськими ресурсами системи охорони здоров'я регіону, який розробляється органами державної влади регіонального рівня з погодженням із центральними органами та з врахуванням національної концепції і стратегії розвитку галузі, цілей та пріоритетів регіону у даній сфері.
	Місцева (муніципальна)	Складова регіональної кадрової політики, яка розробляється і затверджується місцевими органами влади та органами місцевого самоврядування з метою збереження, зміцнення і розвитку кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я села, селища чи міста.
	Локальна	Кадрова політика закладу (установи) охорони здоров'я, яка формується керівництвом та кадровою службою даного суб'єкта господарювання із врахуванням положень політики державних органів влади різних рівнів.
Якісні (сутнісні) ознаки		
2. Ступінь усвідомленості кадрових заходів	Пасивна	Політика, за якої немає чітко вираженої програми дій стосовно людських ресурсів у галузі охорони здоров'я, не здійснюється прогнозування кадрових потреб, а кадрова робота зводиться до ліквідації негативних наслідків у даній сфері без відповідного аналізу кадрових проблем і причин їх виникнення.

Продовження табл. 1.2

1	2	3
і рівень впливу управлінського апарату на кадрову ситуацію	Реактивна	Суб'єкти управління контролюють симптоми кризової ситуації, пов'язаної з людськими ресурсами охорони здоров'я (конфлікти, нестача кваліфікованої робочої сили, відсутність мотивації до продуктивної праці, важкі умови праці), і вживають заходи щодо локалізації кризи. Така кадрова політика зводиться лише до пасивного очікування змін в галузі і реагування на них як на факт, що відбувся.
	Превентивна (попереджувальна)	Політика, за якої створюються обґрунтовані прогнози розвитку кадрової ситуації (зокрема, потреби у кадрах) в системі охорони здоров'я на коротко- і середньостроковий періоди, однак немає засобів впливу на неї.
	Активна (раціональна)	За політики даного типу суб'єкти управління регулярно проводять аналіз кількісно-якісного складу людських ресурсів у сфері охорони здоров'я, розробляють обґрунтований прогноз кадрової ситуації в галузі (як на короткостроковий, так на середньо- і довгостроковий періоди), створюють програми розвитку кадрів і мають засоби ефективного впливу на кадрову ситуацію в охорони здоров'я.
	Авантюристична (нераціональна)	Політика, за якої немає якісного аналізу та обґрунтованого прогнозу розвитку кадрової ситуації в системі охорони здоров'я (через відсутність засобів моніторингу і прогнозування), однак суб'єкти політики впливають на ситуацію доступними їм методами. Крім того, складаються програми, в які вносять плани кадрової роботи, орієнтовані на досягнення цілей розвитку галузі, але вони не аналізуються з погляду зміни ситуації.
3. Ступінь відкритості	Відкрита	За відкритої кадрової політики галузь охорони здоров'я легко приймає (рекрутує) працівників з-за кордону (з іншого регіону – регіональний рівень, чи з іншого закладу охорони здоров'я –

Продовження табл. 1.2

1	2	3
до зовнішнього середовища		організаційний рівень), якщо ті мають відповідну кваліфікацію і реальну професійну придатність.
	Закрита	Закрита кадрова політика орієнтується на залучення персоналу до системи охорони здоров'я лише з числа людських ресурсів конкретної країни (регіону, організації).
4. Практичність	Декларативна	Кадрова політика, яка проголошує загальні та неконкретні цілі, принципи, методи і засоби управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я, що ускладнює процес їхньої реалізації.
	Практична (прикладна)	Чітка кадрова політика у системі охорони здоров'я з детальними і реальними цілями і методами (засобами) їх досягнення (з чіткими кроками і часовими рамками реалізації кадрових цілей у галузі).
5. Послідовність (когерентність)	Послідовна	Логічна, узгоджена, скоординована і системна кадрова політика, складові частини якої узгоджені між собою і відповідають концепції та стратегії кадрової роботи в охороні здоров'я.
	Хаотична	Політика, яка характеризується неузгодженістю і невідповідністю планів та практичних кадрових дій, не пов'язана з концепцією та стратегією управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я, може також суперечити певним законодавчим або концептуальним положенням у даній галузі.
6. Вплив на кадровий потенціал	Конструктивна	Політика, що позитивно впливає на вирішення актуальних кадрових питань (збереження, зміцнення й розвиток кадрового потенціалу) і базується на сучасних підходах до управління людськими ресурсами охорони здоров'я.
	Деструктивна	Неефективна або застаріла кадрова політика, яка не призводить до суттєвих змін кадрової ситуації в галузі або погіршує її.

Продовження табл. 1.2

1	2	3
7. Ступінь формалізованості	Формальна	Кадрова політика, офіційно закріплена у відповідних документах (наказах, розпорядженнях, інструкціях, положеннях чи окремих програмах), затверджених суб'єктами управління людськими ресурсами в охороні здоров'я на різних рівнях. Така політика може бути закріплена єдиним програмним документом або різними нормативно-правовими й іншими документами.
	Неформальна	Політика, яка спеціально не розробляється, а існує як система неофіційних настанов і вказівок суб'єктів управління. Може виникати лише на організаційному рівні, тобто в окремих закладах (установах) охорони здоров'я.
8. Усвідомленість та цільовість	Усвідомлена і цілеспрямована	Чітка, єдиновекторна, усвідомлена суб'єктами управління політика у сфері людських ресурсів охорони здоров'я, заходи якої мають у своїй основі надійне наукове підґрунтя.
	Неусвідомлена і нецілеспрямована	Кадрова політика, яка характеризується відсутністю чіткого розуміння цілей, принципів, ідей, методів і засобів управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я, часто супроводжується необґрунтованими різновекторними рішеннями і діями без попереднього наукового аналізу.
9. Комплексність	Комплексна	Кадрова політика, що охоплює всі аспекти, напрямки та елементи кадрової роботи у сфері охорони здоров'я.
	Вузька	Політика, зосереджена головним чином на окремих напрямках (елементах) управління людськими ресурсами охорони здоров'я, не враховуючи або недооцінюючи при цьому решти важливих підсистем кадрової роботи.
10. Гнучкість	Гнучка (адаптивна)	Політика, яка може легко змінюватись відповідно до умов та факторів розвитку галузі охорони здоров'я, соціально-економічних перетворень на мікро-, мезо- і макrorівнях та інших чинників зовнішнього середовища.

Продовження табл. 1.2

1	2	3
	Негнучка	Політика управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я, що не змінюється під впливом соціальних, економічних, політико-правових та інших факторів або важко пристосовується до змін середовища.
11. Ступінь диференційованості	Висококодиференційована	Кадрова політика, яка передбачає різний підхід і відношення (різні цілі, методи кадрової роботи, спеціальні заходи і привілеї) до працівників системи охорони здоров'я залежно від рівня організації системи (первинний, вторинний чи третинний) ¹ , гендерно-вікових і професійно-кваліфікаційних характеристик, місця праці (міська чи сільська місцевості) та інших ознак, що визначають приналежність персоналу до конкретної соціальної групи, або ж диференційована за територіальною ознакою.
	Низькокодиференційована	Тип кадрової політики, за якого практично відсутній (або чітко не простежується) диференційований підхід до різних соціальних груп працівників галузі охорони здоров'я.
Факторні ознаки		
12. Стиль управління	Жорстка	Централізована кадрова політика, що ґрунтується в основному на адміністративних методах управління людськими ресурсами, за якої інтереси та цілі системи охорони здоров'я ставляться вище за інтереси і потреби працівників галузі (так званих «гвинтиків» системи).

¹) На первинному рівні медичну допомогу забезпечують працівники фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій, сільських, селищних та міських поліклінік, станцій швидкої медичної допомоги, а також окремі медичні працівники, котрі мають відповідний дозвіл (зокрема сімейні лікарі). На вторинному рівні медична допомога надається персоналом диспансерів, міських і районних лікарень, лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковану (порівняно із сімейними лікарями) допомогу. Третинний рівень представляють кадри обласних лікарень і спеціалізованих клініко-діагностичних центрів, котрі мають підготовку в галузі складних захворювань [28, с. 85; 63, с. 55].

Продовження табл. 1.2

1	2	3
		Для такої політики характерна велика кількість письмових регламентів, інструкцій, наказів, розпоряджень та інших кадрових документів.
	Демократична	Відносно справедлива, децентралізована політика управління людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я, за якої переважають економічні та соціально-психологічні методи кадрової роботи. Дана політика активізує діяльність персоналу охорони здоров'я, є передумовою нестандартних кадрових рішень і сприяє поліпшенню морально-психологічного клімату серед працівників галузі.
	Ліберальна	Соціально орієнтована політика з найвищим ступенем децентралізації управління, за якої інтереси і потреби працівників охорони здоров'я є пріоритетними для суб'єктів даної політики, а самі працівники активно залучаються до процесу її формування. Однак вона призводить до пасивності й уникання відповідальності з боку безпосередніх суб'єктів кадрової політики, до небажання вносити суттєві зміни чи інновації у цій сфері.
13. Модель ринку праці	Бюрократична	Політика управління людськими ресурсами, яка не гарантує високу ефективність зайнятості працівників охорони здоров'я, передбачає формальні, переважно недієві стандарти і методи контролю за продуктивністю праці в галузі та породжує високу плінність кадрів.
	Патерналістська	Системна, орієнтована на довгу перспективу кадрова політика, що забезпечує високі гарантії зайнятості й ефективного розміщення людських ресурсів системи охорони здоров'я, формує сильну мотивацію працівників, використовує дієві методи контролю за продуктивністю праці (часто із залученням громадськості) та сприяє зменшенню рівня плінності кадрів у галузі.

Продовження табл. 1.2

1	2	3
14. Концептуальна основа	Традиційна (класична)	Кадрова політика, за якої працівники охорони здоров'я сприймаються як один із видів продуктивних сил і стаття витрат незалежно від рівня управління, сама політика має декларативний характер і не вважається пріоритетною складовою політики розвитку галузі охорони здоров'я, передбачає негнучку систему мотивації праці (з переважанням економічних стимулів), мінімальні витрати на розвиток персоналу і жорсткий стиль управління.
	Сучасна	Гуманістична, як правило, демократична політика управління людськими ресурсами, адаптована до ринкових умов, за якої персонал системи охорони здоров'я вважається найціннішим ресурсом організації, регіону чи країни в цілому, важливим об'єктом інвестицій та запорукою розвитку галузі. Така політика акцентує увагу на якості залучення кадрів, їх безперервному навчанні та розвитку, поєднує економічні та соціально-психологічні стимули для персоналу, формує сприятливий морально-психологічний клімат у галузі.

Джерело: розроблено автором.

ну), високодиференційовану, демократичну, патерналістську та засновану на сучасній кадровій концепції політику управління людськими ресурсами.

1.3. Організаційно-правове забезпечення управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я

Особливості кадрової політики в охороні здоров'я на будь-якому рівні управління можна простежити за допомогою контент-аналізу²⁰ чинної нормативно-правової бази, звітних документів Міністерства охорони здоров'я України, висновків експертів, наукових видань та інших джерел, що висвітлюють питання людських ресурсів галузі. Центральним суб'єктом цієї політики, як було зазначено у попередніх параграфах монографії, є Міністерство охорони здоров'я та його територіальні управління²¹, які відповідають за розробку та реалізацію регіональної (в тому числі муніципальної) кадрової політики в галузі із врахуванням загальнодержавних цілей, завдань і пріоритетів. У своїй діяльності вищезгаданий виконавчий орган та його підрозділи опираються на чинну нормативно-правову базу. При цьому варто зауважити, що національне законодавство з питань охорони здоров'я, дія якого поширюється на усі рівні управління, в тому числі і на регіональний, доцільно вважати основою регіональної кадрової політики у галузі охорони здоров'я та орієнтиром у процесі її правового забезпечення для регіональних органів влади. За даними фахівців станом на початок 2008 року українську систему охорони здоров'я регулювало 170 законів України (з них прямої дії – 20), 135 указів Президента України (у тому числі прямої дії – 45), 505 постанов Кабінету Міністрів України (з них прямої дії – 20) і кілька тисяч наказів Міністерства охорони здоров'я України [345, с. 96]. Така

²⁰ Контент-аналіз (контент від англ. *content* – вміст, наповнення; аналіз від грец. *ἀνάλυσις* – розкладання, розчленування) – це кількісного-якісний метод аналізу документів різними дослідницькими техніками, мета якого полягає у певній інтерпретації тексту залежно від цілей та установок дослідника [11, с. 17].

²¹ При Міністерстві створено Департамент кадрової політики, освіти та науки, котрий безпосередньо займається кадровими питаннями у системі охорони здоров'я. Підрозділи з аналогічними функціями існують і в структурі територіальних управлінь Міністерства. Крім того, до управління людськими ресурсами в галузі долучаються також Президент України, Верховна Рада, уряд та інші органи влади загальнодержавного рівня.

велика кількість підзаконних актів і невизначений на сьогодні статус багатьох із них демонструють, на нашу думку, слабкість, неконкретність і нестабільність правового становища галузі, що ускладнює процес системних змін як в охороні здоров'я в цілому, так і в частині її кадрового потенціалу.

За результатами контент-аналізу нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я населення, прийнятих за період незалежності України (зокрема, розглядалися акти 1991–2010 років), автором виявлено низку документів у сфері управління людськими ресурсами галузі. Вони стосуються окремих аспектів і напрямків кадрової політики у системі охорони здоров'я, однак узагальненого комплексного документу не існує. Це свідчить про те, що політика у сфері людських ресурсів галузі не до кінця усвідомлюється, а кадрові проблеми, насправді, не вважаються пріоритетними. Серед чинних законодавчих і нормативних актів можна виокремити документи з основної діяльності у сфері охорони здоров'я, з кадрових питань у галузі і ті, що регулюють трудові відносини в державі загалом. У першу чергу були проаналізовані норми Конституції України. Головним Законом закріплені такі конституційні права людини і громадянина, як право кожного на працю, рівні можливості у виборі професії та роду трудової діяльності, безпечні і здорові умови праці, своєчасну і не нижчу від визначеної законом заробітну плату (ст. 43), право кожного, хто працює, на відпочинок (ст. 45), право громадян на соціальний захист (ст. 46), на достатній рівень життя (ст. 48), охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49) тощо [71]. Цими нормами закладені основи соціально-трудова відносин у державі.

На Конституції, у свою чергу, базуються усі нормативно-правові акти України, прийняті у різних галузях і на різних рівнях управління. Так, суспільні відносини у системі охорони здоров'я та засади функціонування галузі визначаються Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII із відповідними змінами та доповненнями. Окремі норми цього Закону регулюють загальні кадрові питання, зокрема підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників (стаття 75), їх професійні права, пільги та обов'язки (ст. 77, 78) [134]. Постійні зміни вно-

сяться до ст. 77 даного Закону, відмінюючи або доповнюючи ті чи інші пункти. Так, з 1 січня 2009 року певним категоріям медичних працівників (наприклад, тим, котрі працюють у сільській місцевості або на засадах загальної практики) надано право на додаткову щорічну оплачувану відпустку тривалістю три календарних дні. Це право закріплене у Законі України «Про внесення зміни до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 12 лютого 2008 р. № 121-VI [182]. Інші зміни пов'язані із забезпеченням безплатним користуванням житлом з опаленням і освітленням працівників та пенсіонерів у галузі охорони здоров'я на основі Порядку, затвердженого Міністерством праці та соціальної політики, Міністерством освіти і науки, Міністерством охорони здоров'я та Міністерством культури і туризму разом із змінами та доповненнями (Накази від 13 вересня 2006 р. № 341/651/619/769 і 3 вересня 2007 р. № 456/785/515/52) [181; 219]. Окрім того, чинними на сьогодні залишаються зміни до ст. 77, відповідно до яких за медиками, що працюють (працювали) у сільській місцевості, зберігаються пільги щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством, будівництва приватного житла і придбання автотранспорту (Закон України «Про внесення зміни до ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 8 лютого 2007 р. № 657-V) [183].

Узагальнені напрямки реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я закріплені у низці загальнодержавних документів. Так, наприклад, заходи, визначені у Концепції розвитку охорони здоров'я населення України (Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000) [203], потребують суттєвого уточнення і доопрацювання відповідно до сучасних умов розвитку галузі. Для цього, на думку автора, необхідно розробити окрему концепцію управління людськими ресурсами в охороні здоров'я, яка б лягла в основу сучасної кадрової політики. На особливу увагу заслуговують Програми уряду «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки та «Здорова нація» на 2009–2013 роки²² [205; 255]. Передбачається,

²² На основі Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009–2013 роки розроблено проект реалізації програми, який наразі розглядається урядом.

зокрема, підготовка висококваліфікованих фахівців з організації та управління охороною здоров'я шляхом створення факультетів медичного менеджменту і маркетингу з відповідними кафедрами, обов'язкове запровадження в систему даної підготовки (перепідготовки) навчальних програм з державної політики у сфері охорони здоров'я населення, а також приведення мережі закладів медичної та фармацевтичної освіти до реальних потреб України у медичних кадрах. Крім того, планується удосконалення підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації лікарів, медсестер та інших працівників загальної практики, визначення їх фактичного навантаження і порядку оплати праці. Пропонується також оптимізація співвідношення «лікар – медичний працівник середньої ланки» в бік збільшення чисельності середнього медичного персоналу. На основі Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки Кабінет Міністрів України прийняв Постанову «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» від 13 червня 2007 р. № 815 [206]. Серед дев'яти стратегічних напрямків, зроблених у Національному плані, окремим напрямом визначено удосконалення кадрової політики в галузі. Для його реалізації передбачено такі завдання:

- 1) задоволення потреби закладів охорони здоров'я у медичних, фармацевтичних та управлінських кадрах;
- 2) формування державного замовлення на підготовку кадрів з урахуванням потреби населення у медичній допомозі;
- 3) підвищення професійного рівня медичних та фармацевтичних працівників, удосконалення системи безперервного підвищення їх кваліфікації.

До інших важливих нормативно-правових актів, що регулюють різні аспекти управління кадровим потенціалом галузі, варто віднести низку Указів та Розпоряджень Президента України, Постанов та Розпоряджень Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я та його територіальних управлінь, тобто безпосередніх суб'єктів державної політики у цій галузі (Дод. В). При цьому велика кількість наказів, прийнятих за період незалежності України, стосується конкретних кадрових питань, формуючи тим самим основу кадрової політики у системі охорони здоров'я.

Серед напрямків кадрової політики у сфері охорони здоров'я найменше забезпечена нормативно-правовими документами Міністерства підсистема зайнятості (залучення, розподілу і перерозподілу) людських ресурсів у галузі. Загалом, цей напрям регулюється окремими постановами уряду [205-206; 227] і розпорядженнями [254], однак потребує більшої уваги з боку Міністерства охорони здоров'я (наприклад, в частині регулювання проблем міграції медичного персоналу). У свою чергу, розвиток кадрів (ще один напрям кадрової політики) передбачений наказами, що регулюють питання спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти, а також визначають порядок атестації, підвищення кваліфікації і професійного навчання працівників системи охорони здоров'я. При цьому соціальний розвиток людських ресурсів забезпечується наказами Міністерства, що стосуються впорядкування умов оплати праці персоналу, удосконалення норм робочого часу, запровадження різних соціальних гарантій та пільг для окремих категорій працівників охорони здоров'я (ці накази одночасно належать до сфери регулювання двох підсистем – використання та розвитку людських ресурсів галузі).

Загалом, *кадрова політика у вітчизняній системі охорони здоров'я:*

- 1) не має чітких офіційно сформульованих та усвідомлених цілей, пріоритетів і завдань на конкретний період, що веде до нераціонального використання та зменшення кадрового потенціалу охорони здоров'я;
- 2) акцентує увагу в основному на окремих, як правило, невідкладних напрямках удосконалення кадрової роботи в галузі, що свідчить про її реактивно-превентивний характер, а також вузькість (відсутність комплексного підходу до системи управління людськими ресурсами охорони здоров'я);
- 3) є переважно декларативною, оскільки більшість проголошуваних напрямів і заходів є загальними і неконкретними;
- 4) формально закріплена у різних законодавчих, нормативних та програмних документах, хоча спеціального (цільового) стратегічного плану, програми чи концепції розвитку людських ресурсів у системі охорони здоров'я досі не роз-

- роблено), що зумовлює певну хаотичність і неузгодженість практичних дій у цій сфері;
- 5) відкрито сприяє розвитку кадрового потенціалу галузі завдяки міжнародним угодам України, котрі забезпечують обмін спеціалістами (медичними, викладацькими і науковими кадрами) у сфері охорони здоров'я, їх підготовку, перепідготовку і підвищення кваліфікації на договірній основі;
 - 6) характеризується високим ступенем централізації, що, на наше переконання, є наслідком неефективної в сучасних соціально-економічних умовах моделі охорони здоров'я (моделі М. Семашка), яка функціонувала в Україні за часів Радянського Союзу і продовжує функціонувати сьогодні;
 - 7) найчастіше призводить до деструктивних наслідків, підтвердженням чого є високий рівень зовнішньої міграції медичних кадрів, зменшення кількості практикуючих лікарів, диспропорції у кількості лікарів та середнього медичного персоналу, дефіцит кадрів первинної ланки охорони здоров'я, нестача медичних працівників у сільській місцевості (біля 5 тис. фізичних осіб), низький рівень оплати праці у галузі порівняно з іншими сферами національної економіки (на 13% менший порівняно з рівнем показника в освіті, на 26% – порівняно з заробітною платою у сфері культури та спорту, на 38% – порівняно з показником у промисловості), зростання частки осіб пенсійного і передпенсійного віку (разом близько 40% у структурі людських ресурсів охорони здоров'я) та багато інших негативних явищ і тенденцій (все це підтверджують статистичні дані, зібрані автором [85–100]);
 - 8) є негнучкою, на що вказує важкість реформування галузі в частині її кадрового потенціалу та повільне пристосування кадрової політики до змін соціально-економічних, політико-правових та інших чинників зовнішнього середовища і загального розвитку системи охорони здоров'я. Жорсткий стиль державного управління галуззю, що базується на класичному підході до людських ресурсів, призвів до відставання вітчизняної охорони здоров'я за рівнем кадрового забезпечення та іншими показниками не лише у порівнянні з медичними системами інших країн (наприклад, за рівнем

- забезпеченості населення фахівцями окремих спеціальностей, менеджерами охорони здоров'я та ін. [367]), а також з рештою бюджетних галузей в Україні (зокрема, за обсягом державного фінансування охорони здоров'я²³ та оплати праці²⁴ у даній сфері);
- 9) у більшій мірі є низькодиференційованою, оскільки чітко не простежується різний підхід до тих чи інших соціально-професійних груп персоналу (за винятком низки соціальних пільг та заохочень для працівників сільських медичних закладів і первинної ланки охорони здоров'я, а також застосування диференційованого підходу до атестації і підвищення кваліфікації кадрів галузі). Так, наприклад, відсутня варіативна складова тарифних ставок медичних працівників, яка б залежала від кількості та якості їхньої роботи;
 - 10) не гарантує високу ефективність зайнятості працівників охорони здоров'я, зважаючи на такі проблеми у вітчизняній системі охорони здоров'я, як велика плінність кадрів, зростання рівня безробіття серед випускників медичних і фармацевтичних навчальних закладів, недоукомплектованість штатних посад за окремими медичними спеціальностями та в сільській місцевості [99], що загалом характеризує деяку бюрократичність моделі ринку праці. Хоча з ініціативи Міністерства питання молодіжного безробіття частково вирішується шляхом затвердження і виконання щорічних планів працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів, які навчалися за державним замовленням, відповідно до встановленого Порядку [220], а з 2001 року державою гарантується сприяння працевлаштуванню випускників-контрактників у сільській

²³ Видатки Державного бюджету України (без місцевих) на охорону здоров'я у 2009 році становили 7,5 млрд грн (3,1% у структурі видаткової частини бюджету), на освіту – 23,9 млрд грн (9,9%), на соціальний захист і соціальне забезпечення – 51,5 млрд грн (21,2%), на духовний та фізичний розвиток – 3,2 млрд грн (1,3%) [56].

²⁴ Рівень реальної заробітної плати медичних працівників в Україні, який тривалий час не відповідає законодавчо визначеним гарантіям, складності та умовам праці, посідає сьогодні передостаннє 29 місце серед галузей економіки (відстаючи від промисловості на 40–80% та від рівня оплати праці в освіті – на 17–30%) [229].

місцевості, фтизіатричній, лабораторній, рентгенологічній, патологоанатомічній, санітарно-епідеміологічній службах та у системі сімейної медицини [188].

Отже, враховуючи те, що кадрова політика у вітчизняній системі охорони здоров'я є централізованою і практично негнучкою, особливості загальнодержавної політики управління людськими ресурсами можна екстраполювати на нижчий організаційний рівень і отримати її комплексну характеристику на рівні регіону. Наведені у табл. 1.2 класифікаційні підходи взято за основу при визначенні особливостей кадрової політики у сфері охорони здоров'я Львівської області шляхом співставлення пропонованої класифікації з реальною кадровою ситуацією в галузі. Результати такого співставлення показано у формі матриці, що складається з нерівної кількості елементів-характеристик (рис. 1.7).

Елементи матриці темного кольору вказують на конкретний тип досліджуваної кадрової політики за певною класифікаційною ознакою. На основі матриці можна припустити, що кадрова політика у галузі охорони здоров'я на рівні Львівського регіону є малоефективною і потребує змін.

Через високу централізацію управління кадрові заходи в системі охорони здоров'я на рівні Львівської області здійснюються в рамках загальнодержавних напрямів, завдань і правил з урахуванням можливостей та потреб регіону. Окремі ініціативи Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації²⁵ (основного суб'єкта регіональної кадрової політики в галузі) закріплені Рішенням колегії Управління від 6 березня 2008 р. (стосовно покращення кадрового забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги, умов праці та побуту медичного персоналу у сільській місцевості, політики працевлаштування в лікувально-профілактичні заклади молодих спеціалістів і т. д.) [268], а також кількома наказами щодо зміцнення кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я (Дод. В).

²⁵ Функції з управління людськими ресурсами безпосередньо виконує відділ організаційного, кадрового та юридичного забезпечення зазначеного органу за погодженням із вищим керівництвом Управління та ЛОДА.



Джерело: розроблено автором; виділені елементи вказують на тип політики.

Рис. 1.7. Комплексна характеристика кадрової політики у системі охорони здоров'я регіону (на прикладі Львівської області)

Отже, чинна законодавча і нормативно-правова база у сфері управління людськими ресурсами охорони здоров'я не має єдиного концептуального підходу²⁶ до формування державної кадрової політики на різних рівнях і не формує, на нашу думку, єдиної скоординованої системи практичних дій. У результаті, кадрова робота має фрагментарний характер, передбачаючи розвиток лише окремих її напрямків, не забезпечує системності, динамічності і цілісності процесу кадрового управління в Україні в цілому та у Львівському регіоні зокрема. У зв'язку з цим залишається актуальним питання децентралізації владних повноважень і ресурсів у нинішній вертикалі галузевого управління «центр – регіон», які варто концентрувати не на міністерському, а на регіональному рівні (зокрема, на рівні Головного управління охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації). Саме регіональні управлінські структури повинні формувати офіційну, засновану на комплексному підході кадрову політику у сфері охорони здоров'я конкретного регіону.

З організаційно-структурної точки зору, кадрова політика в галузі як на національному, так і регіональному рівнях пов'язана з низкою важливих особливостей, що відрізняють її від політики в інших сферах суспільного життя. Вони впливають із особливостей державного управління галуззю, визначених українськими науковцями Зиновієм Гладуном, Оленою Баєвою, Тетяною Камінською, Юрієм Гайдаєвим, Мариною Білінською, Тетяною Попченко і міністром охорони здоров'я Василем Князевичем [9, с. 70-72; 24, с. 5-6; 28, с. 177-178; 63, с. 19-21; 326, с. 21-22, 28-29, 37; 346], а також підтверджені звітами регіонів про діяльність у сфері охорони здоров'я [57]. Таким чином, кадрова політика у сфері охорони здоров'я Львівської області має багато організаційних, структурних, методологічних та інших особливостей, представлених на рис. 1.8.

Більшість експертів (В. Князевич, В. Москаленко, М. Банчук, О. Мусій, М. Білінська, Т. Попченко та інші) вважає, що вітчизняна система охорони здоров'я характеризується кадровою кризою, у

²⁶ Для прикладу, в Російській Федерації існує Концепція кадрової політики, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я від 3 липня 2002 р. № 210, відповідно до якої одним із основних напрямів реформування російської системи охорони здоров'я є управління людськими ресурсами [331, с. 3].

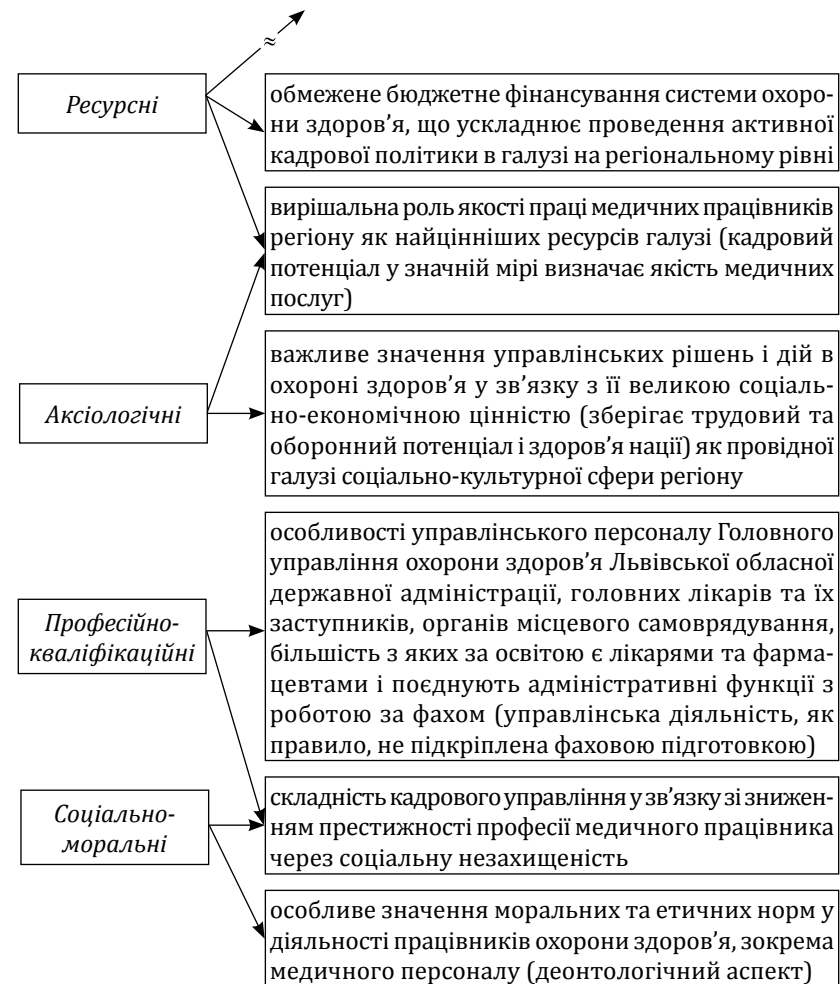
зв'язку з чим управління людськими ресурсами виходить на пріоритетні позиції в реформуванні галузі як на загальнодержавному, так і регіональному рівнях. Основи кадрової політики у сфері охорони здоров'я дотепер залишаються концептуально невизначеними, що суттєво впливає на якість процесу управління. Особливо важливим у цьому питанні є чітке визначення цілей, завдань і пріоритетів вищезгаданої політики, вибір механізмів її реалізації, а також формальне закріплення у спеціальному програмному документі. Сьогоднішня ситуація в галузі вимагає децентралізації управління людськими ресурсами і надання більшої автономії регіональним суб'єктам кадрової політики. На думку українських науковців Н. А. Гнидюк та І. М. Ібрагімової [29, с. 34], А. В. Черепи та О. О. Єкімової [333, с. 151], а також зарубіжних вчених К. Вісса [362, с. 7], Дж. Дюссолта і К. Дюбої [358], формалізація політики у сфері управління людськими ресурсами на рівні регіону (як і на будь-якому іншому рівні) має більше переваг, ніж недоліків, оскільки:

- дозволяє визначити цілі і пріоритети в управлінні людськими ресурсами та шляхи їх реалізації;
- забезпечує чіткість, логічність і послідовність кадрової роботи (у разі формування якісного документу);
- дозволяє краще усвідомити політику як суб'єктами управління людськими ресурсами, так і самими працівниками;
- полегшує процес планування і прогнозування кадрових потреб на різну перспективу, а також прийняття управлінських рішень;
- забезпечує систему критеріїв для оцінки ефективності кадрової політики;
- сприяє ефективнішому розподілу повноважень і відповідальності між суб'єктами кадрової політики та узгодженості їх діяльності;
- може бути умовою для отримання фінансової, технічної та іншої допомоги з боку міжнародних організацій.

Недоліками формалізації кадрової політики можуть бути такі ознаки, як негнучкість, обмеженість та фіксація абстракцій [29, с. 34]. Проте, на наше переконання, ці недоліки є умовними і не можуть бути причиною відсутності формальної кадрової політики у тій чи іншій галузі.



Продовження рис. 1.8. на с. 67



Джерело: розроблено автором на основі літературних джерел [24, с. 5-6; 28, с. 177-178; 57; 63, с. 19-21; 326, с. 21-22, 28-29, 37; 346].

Рис. 1.8. Особливості кадрової політики у системі охорони здоров'я Львівської області

1.4. Методологічні підходи до аналізу ефективності кадрової політики у галузі охорони здоров'я регіону

Дослідження регіональної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, аналіз окремих її складових та реалізація мети роботи передбачає застосування різноманітних наукових методів, а також вимагає розробки чітких критеріїв оцінки ефективності зазначеної політики на основі достовірної і репрезентативної інформації (методика дослідження²⁷).

Для того, аби якнайповніше висвітлити специфіку досліджуваної проблеми, доцільно використовувати загальнонаукові (аналіз, синтез, індукція, дедукція, класифікація, типологія, групування, порівняння, аналогія) та економіко-логічні методи (загальний і детермінований факторний аналіз) економічного аналізу, методи статистики та економетрії (зокрема, метод кореляційно-регресійного зв'язку, індексний метод, кластерний аналіз, економіко-математичне моделювання, метод екстраполяції трендів), соціологічні і соціально-психологічні спостереження та низку конкретно-наукових (спеціальних) методів (балансовий з ліквідацією «вузьких місць», вибіркового обстеження та ін.). При цьому в основі аналізу повинен лежати системний підхід, оскільки він, за твердженням доцента О. Кустовської, розвиває у дослідника «особливий, системний тип мислення» [80, с. 10] і дозволяє представити об'єкт дослідження як складний поліструктурний соціальний комплекс.

Варто зазначити, що у науковій роботі використано системологічний підхід – так званий сучасний системний аналіз, що застосовується для дослідження складних слабоструктурованих проблем, в яких першочергову роль відіграє людина. При цьому цей підхід передбачає, що конкретна соціальна система включає не лише підсистеми, які функціонують відповідно до її запиту, але й велику кількість надсистем, від яких залежить існування самої

²⁷ Методика дослідження – це сукупність прийомів і способів (*методів*) дослідження певного об'єкта, включаючи техніку і різноманітні операції з фактичним (емпіричним) матеріалом [80, с. 74]. При цьому для позначення методу у науковій літературі використовують низку термінів, зокрема: науковий підхід, принцип, засіб та ін.

системи [48, с. 83]. Так, можна припустити, що регіональна кадрова політика у сфері охорони здоров'я, з позиції системологічного підходу, є складною системою, що охоплює різні функціональні напрямки (підсистеми формування, розподілу, використання і розвитку людських ресурсів галузі) та залежить від функціональних запитів багатьох надсистем – концепції управління людськими ресурсами (на рівні галузі, регіону, держави), регіональної і національної політики у системі охорони здоров'я, загальної соціально-економічної політики на різних рівнях управління тощо. Таким чином, при аналізі та прогнозуванні поведінки досліджуваної системи до уваги повинен прийматися вплив численних систем вищого порядку.

Загалом формування методики вивчення ефективності кадрової політики у галузі охорони здоров'я Львівського регіону провадилося з урахуванням праць українських і зарубіжних науковців (у тому числі власних напрацювань автора), фундаментальних досліджень у сфері регіональної економіки та управління людськими ресурсами, сучасного українського законодавства, нормативних актів та інших офіційних документів, що регламентують кадрові питання в охороні здоров'я, а також вітчизняних і міжнародних норм, стандартів та рекомендацій щодо кількісно-якісного забезпечення галузі людськими ресурсами.

Варто зауважити, що наукові пошуки суттєво ускладнює брак якісної вітчизняної літератури з методології проведення аналізу ефективності кадрової політики в охороні здоров'я на рівні регіону і відсутність належного досвіду здійснення подібних досліджень в Україні. Оскільки науковці і практики не до кінця усвідомлюють складний механізм формування політики у сфері управління людськими ресурсами галузі та не мають чіткого уявлення про найбільш оптимальну техніку її аналізу, дослідження даної проблематики є надзвичайно актуальним. Досвід зарубіжних вчених у цьому напрямку значно більший, що обумовлює доцільність його використання у монографії із врахуванням особливостей вітчизняної системи охорони здоров'я на загальнодержавному та регіональному рівнях.

Надання пріоритетного значення кадровому управлінню пов'язане не лише з особливою цінністю людських ресурсів для

розвитку галузі, а й з великою часткою витрат з бюджету охорони здоров'я на професійну підготовку й оплату праці персоналу. Ця частка навіть у розвинутих країнах складає до 50% загальних асигнувань служби охорони здоров'я, а в Україні, при недостатньому рівні фінансування, коливається в межах 60–75% [120]. Так, наприклад, у 2008 році у Львівській області на фонд оплати праці припадало 60,5% бюджетних коштів галузі [145], а на рівні м. Львова – аж 75,1% [237]. В той же час, за оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, якщо питома вага зазначеного показника в структурі загальних витрат на охорону здоров'я перевищує 30%, то це свідчить про відсутність процесу відтворення галузі, тобто про її стагнацію, а в гіршому випадку – занепад, адже інші статті галузевого бюджету недофінансовуються [73].

Таким чином, в умовах дефіциту ресурсів, надзвичайно важливим питанням в управлінні галуззю є наукове обґрунтування ефективності кадрової політики, спрямоване на досягнення відповідності потреб населення у медичних кадрах, рівномірності їх розподілу по досліджуваному регіону та вирішення інших складних завдань. Це, на думку російських учених В. О. Міняєва та М. І. Вишнякова, вимагає постійного моніторингу стану і структури людських ресурсів охорони здоров'я (в першу чергу, медичного персоналу), вивчення тенденцій зміни їх чисельності, рівня забезпеченості ними населення і співвідношення між окремими категоріями персоналу, аналізу медико-демографічних показників тощо [130, с. 409]. Такий моніторинг, на наше переконання, доцільно проводити на усіх рівнях управління, у тому числі на регіональному, а його результати повинні бути основною інформаційною базою для визначення потреби суспільства у медичних кадрах та формування якісної кадрової політики.

При розробці методологічних підходів до аналізу ефективності кадрової політики у системі охорони здоров'я регіону необхідно враховувати вплив різних факторів (рушійних сил) на досліджуваний об'єкт, істотність їхнього впливу, мультиколінеарні (висококорельовані) зв'язки і т. д. Це передбачає застосування так званого багатофакторного підходу. Під ним, за твердженням професора С. М. Вовка, слід розуміти такий «підхід, в якому досліджується одночасна взаємодія не менше трьох факторів, а системний під-

хід органічно включається у багатофакторний як його невід'ємна компонента» [19, с. 167-168]. Головна методологічна специфіка системного підходу, як вважає Ольга Кустовська, полягає в тому, що метою дослідження є вивчення закономірностей і механізмів утворення складного об'єкта (системи), при цьому особлива увага звертається на різноманіття внутрішніх і зовнішніх зв'язків (факторів) даної системи [80, с. 5]. Отже, з позиції багатофакторного підходу загальний вектор розвитку людських ресурсів у сфері охорони здоров'я регіону безпосередньо корелює з положеннями національного трудового законодавства і нормативно-правової бази системи охорони здоров'я, рівнем та напрямками розвитку освіти, науки і технологій у галузі, цілями й завданнями державної політики в охороні здоров'я, тенденціями медико-демографічної та економічної ситуації у регіоні, обсягом державного фінансування кадрових заходів, можливостями і перспективами розвитку регіональної системи охорони здоров'я тощо (табл. 1.3). Це означає, що, формуючи політику управління людськими ресурсами галузі на будь-якому організаційному рівні, суб'єкти управління повинні враховувати чинники зовнішнього та внутрішнього середовища системи охорони здоров'я, які впливають на вибір мети, цілей, принципів і методів кадрової політики, а також на зміст відповідних програм і заходів. Переважна більшість вітчизняних та зарубіжних науковців [22, с. 46-47; 114, с. 32; 142, с. 71; 275; 348, с. 7-8; 349, с. 15-16; 353, с. 81; 358; 362, с. 9-10] розглядають сукупність різних факторів, як правило, на мікрорівні. Їхні погляди були доповнені автором та перенесені на регіональний рівень із врахуванням об'єкту монографічного дослідження.

Більшість із перелічених факторів ускладнюють розвиток кадрового потенціалу та управління людськими ресурсами в галузі, оскільки характеризуються незадовільним станом, мають негативні тенденції і різний вектор дії. Окремим несприятливим чинником необхідно виокремити відсутність концептуальної основи кадрової політики у сфері охорони здоров'я та чітких науково-методологічних засад її формування й оцінювання. У ході практичного дослідження доцільно на базі доступної статистичної інформації проаналізувати вплив основних чинників на кадрову політику в галузі і запропонувати шляхи вирішення проблем

Таблиця 1.3

**Основні фактори впливу на кадрову політику
у сфері охорони здоров'я регіону**

Зовнішні (екзогенні) фактори	Внутрішні (ендогенні) фактори
1	2
Вимоги та особливості чинного національного трудового законодавства.	Положення та обмеження нормативно-правових актів у системі охорони здоров'я.
Особливості державної політики у сфері управління людськими ресурсами на рівні країни та регіону (зокрема, політика зайнятості, підготовки кадрів, соціального захисту і т. д.).	Цілі, завдання, пріоритети і напрями регіональної політики галузі та концепції управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я. Загальний стиль управління галуззю (жорсткий, демократичний, ліберальний), політичний консенсус.
Впливовість профспілок, асоціацій та інших об'єднань громадян у сфері охорони здоров'я, активність галузевих об'єднань юридичних осіб (Українська Федерація роботодавців охорони здоров'я, Профспілка працівників охорони здоров'я України).	Особливості моделі системи охорони здоров'я в країні (а отже, і в регіоні). Велика кількість рівнів управлінської вертикалі у галузі (полісуб'єктність) і складна структура людських ресурсів охорони здоров'я (поліоб'єктність).
Взаємовідносини з міжнародними неурядовими організаціями у системі охорони здоров'я (Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO), Американський міжнародний альянс охорони здоров'я (AIIA), Канадське товариство міжнародної охорони здоров'я (CSIH), Міжнародна рада з соціального добробуту (ICSW) та ін.).	Стан та рівень розвитку інфраструктури регіональної системи охорони здоров'я (забезпеченість закладами охорони здоров'я, їх потужність та кількість робочих місць, кількість медичних навчальних закладів, науково-дослідних установ, державних органів управління галуззю різних рівнів). Рівень матеріально-технічного забезпечення галузі регіону.
Співпраця урядів різних країн та їх галузевих міністерств щодо обміну спеціалістами з метою навчання,	Територіальна мобільність працівників системи охорони здоров'я регіону (зокрема, внутрішньорегіо-

Продовження табл. 1.3

1	2
підвищення кваліфікації, обміну досвідом, впровадження кращих досягнень медичної науки і практики та щодо інших питань.	нальна міжрегіональна та міждержавна трудова міграція, переміщення робочої сили в результаті міграційних потоків «село – місто», державний сектор – приватний сектор тощо).
Стан економічної ситуації в країні загалом і регіоні зокрема (розмір валового внутрішнього продукту та валового регіонального продукту, темпи інфляції, рівень оподаткування, розмір державного та місцевих бюджетів, інвестиційна активність регіону), а також пріоритетні напрямки розвитку економіки.	Фінансові можливості держави та регіону щодо забезпечення реалізації кадрових цілей і проведення відповідних заходів та процедур за різними напрямками кадрової політики. Система оплати праці в галузі (рівень заробітної плати працівників охорони здоров'я у регіоні, наявність надбавок, доплат, компенсацій і нематеріальних стимулів), що визначає вартість робочої сили.
Стан і перспективи розвитку регіонального ринку праці (кількісні та якісні характеристики пропозиції і попиту на робочу силу в системі охорони здоров'я, умови пропозиції, рівень безробіття і т. д.).	Умови праці (наприклад, робота у сільській місцевості передбачає додаткові пільги і заохочення для медичних працівників, а робота у шкідливих або складних умовах – різного роду компенсації).
Науково-технічний прогрес і розвиток освіти на регіональному, національному та міжнародному рівнях, що формують нові вимоги до якості (а іноді й кількості) людських ресурсів.	Науково-технічний потенціал (забезпеченість науковими кадрами, наявність наукових досягнень та винаходів у галузі, обсяг фінансування науково-дослідних робіт) та рівень інформатизації регіональної системи охорони здоров'я. Якість, доступність і перспективи галузевої освіти у регіоні, якість професорсько-викладацького складу.
Регіональна соціально-демографічна ситуація (чисельність та струк-	Рівень професійної культури в галузі (імідж та престижність галузі, при-

Продовження табл. 1.3

1	2
тура населення, показники народжуваності, смертності і середньої тривалості життя у регіоні, міграція працездатного населення, рівень демографічного навантаження і загальної соціальної напруженості).	вабливість професії медичного працівника (у тому числі окремих медичних спеціальностей), система соціальних норм та цінностей, соціальна відповідальність персоналу охорони здоров'я і професійна етика, рівень соціальної напруженості в галузі тощо).
Медико-санітарний стан регіону: рівень захворюваності, інвалідності, травматизму, показник умовного здоров'я тощо.	Кількісні та якісні характеристики людських ресурсів системи охорони здоров'я (кадровий потенціал) регіону.

Джерело: розроблено автором.

(«вузьких місць») у процесі управління людськими ресурсами регіональної системи охорони здоров'я. При цьому слід враховувати, що зовнішні (екзогенні) фактори – це фактори за межами системи охорони здоров'я, які практично не піддаються контролю з боку організаторів галузі, тому важливо створити ефективні способи реагування на них. У свою чергу, внутрішні (ендогенні) чинники, які пов'язані із системою охорони здоров'я і виникають всередині неї, безпосередньо залежать від дій та рішень суб'єктів управління галуззю різних рівнів. Важко тут не погодитися з підходом вітчизняних науковців Ірини Отенко та Людмили Малярець, котрі стверджують, що елементи системи (завдяки її властивостям) можуть вважатися внутрішніми факторами цієї системи [137, с. 123].

Застосування багатофакторного підходу необхідне також при формуванні системи критеріїв і показників оцінки ефективності²⁸ регіональної кадрової політики, а їх вибір залежить від того, що брати за основу аналізу. У науковій літературі ефективність вищезгаданої політики ототожнюється з ефективністю управління

²⁸ У сучасному розумінні ефективність (від лат. *effectivus* – діяльний, продуктивний) – це «здатність приносити ефект, результативність процесу, проекту тощо, які визначаються як відношення ефекту, результату до витрат, що забезпечили цей результат» [46, с. 508].

людськими ресурсами і трактується переважно як співвідношення отриманого соціального чи економічного ефекту від кадрової політики та витрат на її здійснення (або ж як співвідношення результату і намічених цілей).

Зазначимо, що, за словами професора Л. Т. Шевчук, оцінка ефективності функціонування системи охорони здоров'я завжди вважалася однією із найскладніших проблем в силу специфіки галузі [334, с. 365]. Що ж стосується кадрової складової охорони здоров'я, то політику держави у цій сфері, на нашу думку, ще важче проаналізувати. Проблема пов'язана насамперед із великою кількістю параметрів оцінки ефективності управління людськими ресурсами у досліджуваній соціальній системі, кореляцією зазначених параметрів, а також із багатоваріантністю трактувань самої кадрової політики у галузі.

Деякі науковці пропонують аналізувати ефективність даної політики шляхом експертного оцінювання рівня реалізації проголошених принципів і поставленої мети [111, с. 11–13] або шляхом оцінювання ступеню відповідності еталону (стандарту) [1], інші – за допомогою вивчення медико-санітарних показників як основних індикаторів роботи суб'єктів кадрового управління в системі охорони здоров'я [331, с. 12–13]. Низка зарубіжних вчених розглядають ефективність лише окремих напрямків кадрової роботи [351, с. 16–24; 355, с. 133–139]. Проте ефективність управління людськими ресурсами у галузі охорони здоров'я на будь-якому рівні (національному, регіональному, місцевому чи організаційному) слід розглядати в різних аспектах – економічному, соціально-медичному, інтелектуально-інноваційному, функціональному тощо. Така багатоаспектність вимагає комплексного підходу до досліджуваного питання, використання великої кількості показників і різних методів оцінки. Отже, комплексний показник ефективності регіональної кадрової політики (E_k) у вибраній галузі може містити досить багато складових:

$$E_k = \sqrt[n]{E_1 \times E_2 \times \dots \times E_n}, \quad (1.1)$$

де n – кількість показників ефективності регіональної кадрової політики в системі охорони здоров'я;

$E_1, E_2, E_3, \dots, E_n$ – економічна, соціально-медична, інтелектуально-інноваційна, функціональна та інші види ефективності регіональної кадрової політики в галузі.

Економічний аспект ефективності регіональної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, на нашу думку, пов'язаний із суто економічним результатом (валовою доданою вартістю (ВДВ), створеною у галузі досліджуваного регіону) у співвідношенні з витратами на реалізацію кадрової політики за усіма напрямками. Слід зауважити, що витрати на персонал охорони здоров'я і заходи, пов'язані із кадровим управлінням (так звані інвестиції у кадровий потенціал галузі), впливають на продуктивність²⁹ і якість праці персоналу (внутрішній ефект), що, в свою чергу, забезпечує той чи інший обсяг ВДВ (зовнішній ефект). У цьому контексті можна відстежувати приріст ВДВ у галузі за рахунок одиниці витрат на персонал. Проте, у зв'язку з відсутністю в Україні, як на загальнодержавному, так і регіональному рівнях, формально закріпленої (у єдиному документі – стратегічному плані чи цільовій програмі) галузевої кадрової політики з чіткими цілями і завданнями, обчислення точного обсягу витрат на реалізацію вищезгаданої політики за усіма її напрямками є неможливим. У такому випадку доцільно розраховувати не ефективність, а результативність досліджуваного питання як абсолютну властивість ефективності, тобто визначати результат без порівнювання з відповідними витратами. Крім того, економічну ефективність управління людськими ресурсами у регіональній системі охорони здоров'я можна розраховувати, співставляючи рекомендовані експертами чи задекларовані у законодавстві гарантії обсягів фінансування охорони здоров'я, середньої заробітної плати у галузі, чисельності студентів бюджетної форми навчання³⁰ у розрахунку на 10 тисяч населення тощо з фактичним станом справ.

²⁹ Продуктивність праці як узагальнюючий показник оцінки економічної ефективності охорони здоров'я та її трудових ресурсів потенціалу, відповідно до методики Міністерства економіки України, вимірюється як відношення створеної у галузі ВДВ у постійних або фактичних цінах до кількості зайнятих у системі охорони здоров'я в досліджуваному періоді [223].

³⁰ Так, згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я розмір бюджетних асигнувань на охорону здоров'я повинен відповідати науково

Соціально-медичну ефективність регіональної кадрової політики у досліджуваній галузі теж можна оцінювати по-різному. З одного боку – це співвідношення стану здоров'я населення³¹ регіону (котрий, як правило, корелює з рівнем задоволеності суспільства медичною допомогою, кількістю скарг громадян тощо і є суспільно значимою корисністю) та витрат на реалізацію вищезгаданої політики. З іншого боку, соціально-медичну ефективність можна пов'язати з рівнем задоволеності працівників охорони здоров'я кадровою політикою державних і регіональних органів влади, що, в свою чергу, залежить від міри реалізації потреб та цілей персоналу. Соціальну задоволеність (напруженість) можна визначити, використовуючи доступну статистичну інформацію, тобто за показниками втрат робочого часу у зв'язку з прогулами, частоти трудових конфліктів, обсягу вивільнення працівників галузі за власним бажанням та через порушення трудової дисципліни, рівня міграції кадрів і т. д. Однак якісний аналіз даного питання можливий лише шляхом соціологічного опитування працівників системи охорони здоров'я регіону.

Доцільно також розглядати інтелектуально-інноваційний аспект ефективності регіональної кадрової політики у досліджуваній галузі, оскільки багато науковців [20, с. 41–42; 22, с. 191; 350, с. 324; 361, с. 9] вбачають головне призначення людського капіталу у здатності працівників до створення і розповсюдження інновацій, а інтелектуально-інноваційний потенціал вважають однією з найважливіших складових потенціалу людини. Загалом, даний вид ефективності кадрової політики можна визначити як вартість генерованих інтелектуально-інноваційним капіталом вигод (наприклад, обсяг виконаних наукових і науково-технічних робіт) порівняно з вартістю інвестицій (джерелами яких є,

обґрунтованим потребам і не бути меншим 10% національного доходу [134, ст. 12], рівень середньої заробітної плати у галузі не повинен бути нижчим за відповідний показник у промисловості (хоча цю норму закону у сучасній редакції відхилено) [134, ст. 77], а обсяг державного замовлення на підготовку і перепідготовку фахівців у сфері охорони здоров'я щорічно визначає уряд за поданням Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки (у тому числі їх обласних управлінь) та Академії медичних наук.

³¹ Такий інтегральний показник, як стан здоров'я населення, характеризує низка індикаторів – демографічні, медико-санітарні, соціально-економічні та інші.

зокрема, державний, місцеві бюджети та позабюджетні кошти) у наукові дослідження і науково-медичні розробки, тобто в інтелектуально-інноваційний потенціал галузі. Причому цей потенціал безпосередньо залежить від чисельності і структури відповідних кадрів (студентів, аспірантів, докторантів, фахівців (у тому числі із науковим ступенем), які виконують наукові і науково-технічні роботи у сфері охорони здоров'я), а також від ефективного їх використання та розвитку.

Особливу увагу організаторам охорони здоров'я необхідно звертати на функціональну ефективність управління людськими ресурсами галузі на рівні регіону, оскільки вона дає можливість порівнювати показники (результати) діяльності за усіма функціональними напрямками кадрової політики із публічно заявленими цілями (за умови науковості й адекватності цілей), нормативами, міжнародними рекомендаціями або обґрунтованими суспільними потребами.

Загалом, за відсутності нормативів (стандартів), які відображають суспільно необхідні вимоги до конкретних показників кадрової політики, її ефективність треба оцінювати шляхом співставлення регіональної статистики із середньогалузевими показниками. Такі порівняння можна використовувати для аналізу гостроти міжрегіональної диспропорції за різними індикаторами.

Серед усіх запропонованих видів ефективності кадрової політики в системі охорони здоров'я регіону найбільш репрезентативною, динамічною і такою, що може слугувати реальною основою для прийняття управлінських рішень, є функціональна ефективність. Її комплексний аналіз вимагає розробки системи критеріїв та показників (так званих детермінант) за усіма функціональними напрямками кадрової роботи, а саме: за підсистемами формування, розподілу, оцінки, розвитку і мотивації людських ресурсів, контролю якості кадрового потенціалу галузі. Сукупність критеріїв, сформована автором на базі офіційної статистичної інформації на рівні регіону, наведена далі.

1. Формування кадрів (підготовка людських ресурсів, кількісно-якісні характеристики потенційних і реальних кадрів, рівень кадрового забезпечення):

- 1.1. Кількість студентів та випускників вищих медичних навчальних закладів I–II, III–IV рівнів акредитації у регіоні (за рівнем освіти, формою навчання і спеціальностями).
- 1.2. Кількість педагогічних кадрів у галузі.
- 1.3. Обсяг державного замовлення на підготовку фахівців у сфері охорони здоров'я (кількість осіб та обсяг фінансування за напрямками підготовки, замовниками, освітньо-кваліфікаційними рівнями).
- 1.4. Кількість і частка лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу і рівень забезпеченості ними області (за спеціальностями, категоріями (вища, I-а, II-а), віком, статтю, рівнем освіти).
- 1.5. Кількість і частка медичного персоналу передпенсійного і пенсійного віку (за статтю, видами пенсій тощо) у структурі медичних кадрів регіону.
- 1.6. Кількість і частка молоді (15–34 років) у загальній структурі.
- 1.7. Кількість державних службовців у регіональній системі охорони здоров'я.
- 1.8. Кількість аспірантів і докторантів у галузі медицини та фармації.
- 1.9. Кількість осіб з науковим ступенем (доктора, кандидата медичних/фармацевтичних наук).
- 1.10. Кількість фахівців, які виконують наукові і науково-технічні роботи.

2. Розподіл кадрів (зайнятість/використання, розміщення і вивільнення кадрів):

- 2.1. Кількість прибулих (з них на новостворені робочі місця) і вибулих із закладів охорони здоров'я медичних працівників (у тому числі розподіл за причинами вивільнення).
- 2.2. Плинність працівників охорони здоров'я регіону.
- 2.3. Кількість осіб, які працюють у закладах охорони здоров'я на засадах повної і неповної (в тому числі вимушеної) зайнятості, у штаті і позаоблікового складу.
- 2.4. Укомплектованість штатних посад лікарів і середнього медичного персоналу (у тому числі за спеціальностями).

- 2.5. Розподіл лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу за районами області та за місцевістю (міська і сільська місцевість).
- 2.6. Попит на робочу силу у сфері охорони здоров'я на зареєстрованому ринку праці.
- 2.7. Дефіцит (надлишок) кадрів охорони здоров'я та рівень насиченості персоналом (загалом і за медичними спеціальностями).
- 2.8. Рівень безробіття серед медичних працівників (загалом і за медичними спеціальностями).
- 2.9. Кількість працевлаштованих усіх незайнятих осіб у галузі охорони здоров'я у регіоні та рівень працевлаштування.
- 2.10. Кількість молодих фахівців (випускників) у сфері охорони здоров'я, скерованих на роботу.

3. Оцінка та розвиток персоналу (атестація, професійне навчання, підвищення кваліфікації):

- 3.1. Кількість осіб, навчених новим професіям (за статтю, спеціальностями, місцем навчання, видами підготовки).
- 3.2. Кількість осіб, які підвищили кваліфікацію (за статтю, професійними групами, спеціальностями, місцем навчання).
- 3.3. Рівень (коефіцієнт) кваліфікації кадрів у галузі.
- 3.4. Кількість атестованих лікарів та середнього медичного персоналу, їх частка в структурі тих, хто підлягав атестації.
- 3.5. Кількість працівників охорони здоров'я, які навчалися за кордоном.
- 3.6. Кількість здобутих наукових ступенів у поточному році.
- 3.7. Кількість наукових публікацій у поточному році.

4. Мотивація персоналу (оплата праці і нематеріальне стимулювання):

- 4.1. Обсяг нарахованого фонду оплати праці у галузі охорони здоров'я та його структура (частка фондів основної і додаткової заробітної плати, інших заохочувальних та компенсаційних виплат).
- 4.2. Середньомісячна номінальна заробітна плата медичних працівників (за статтю, районами області).

- 4.3. Розподіл працівників охорони здоров'я за рівнем (розміром) нарахованої заробітної плати.
- 4.4. Частка працівників, які мають нижчий, відповідний та вищий розмір мінімальної тарифної ставки (окладу) відносно законодавчо встановленого розміру.
- 4.5. Заборгованість з виплати заробітної плати в системі охорони здоров'я.
- 4.6. Кількість медичних працівників області, відзначених державними нагородами (за видами нагород).
- 4.7. Стан укладання колективних договорів у галузі.

5. Контроль якості кадрового потенціалу і надання медичних послуг:

- 5.1. Кількість осіб, яким надано медичні послуги (за видами послуг), з них відсоток неякісного чи неповного обслуговування за скаргами громадян.
- 5.2. Структура наданих медичних послуг.
- 5.3. Продуктивність праці медичного персоналу.
- 5.4. Кількість відпрацьованих людино-днів (працівниками різних спеціальностей).
- 5.5. Рівень виконання штатних нормативів у закладах охорони здоров'я.
- 5.6. Кількість неявок медичних працівників через щорічні відпустки, тимчасову непрацездатність.
- 5.7. Втрати робочого часу через неявки з ініціативи адміністрації (через відпустки і неповну зайнятість).
- 5.8. Рівень виробничого травматизму і професійної захворюваності в галузі.

Зарубіжні фахівці пропонують іншу, більш детальну систему індикаторів та показників з відповідними еталонними значеннями (нормами) для оцінки різних складових кадрової політики у сфері охорони здоров'я [130, с. 436-437; 337; 354, с. 461-462; 356, с. 870-874; 360, с. 54-58; 370, с. 8-14; 371, с. 935-940; 372, с. 139; 373, с. 14-77]. Без сумніву, міжнародний досвід сприятиме комплексному вивченню предмету дослідження, тому автором доповнено вищеописану систему критеріїв індикаторами, широко застосовуваними у зарубіжній практиці (Додаток Д). Проте, варто

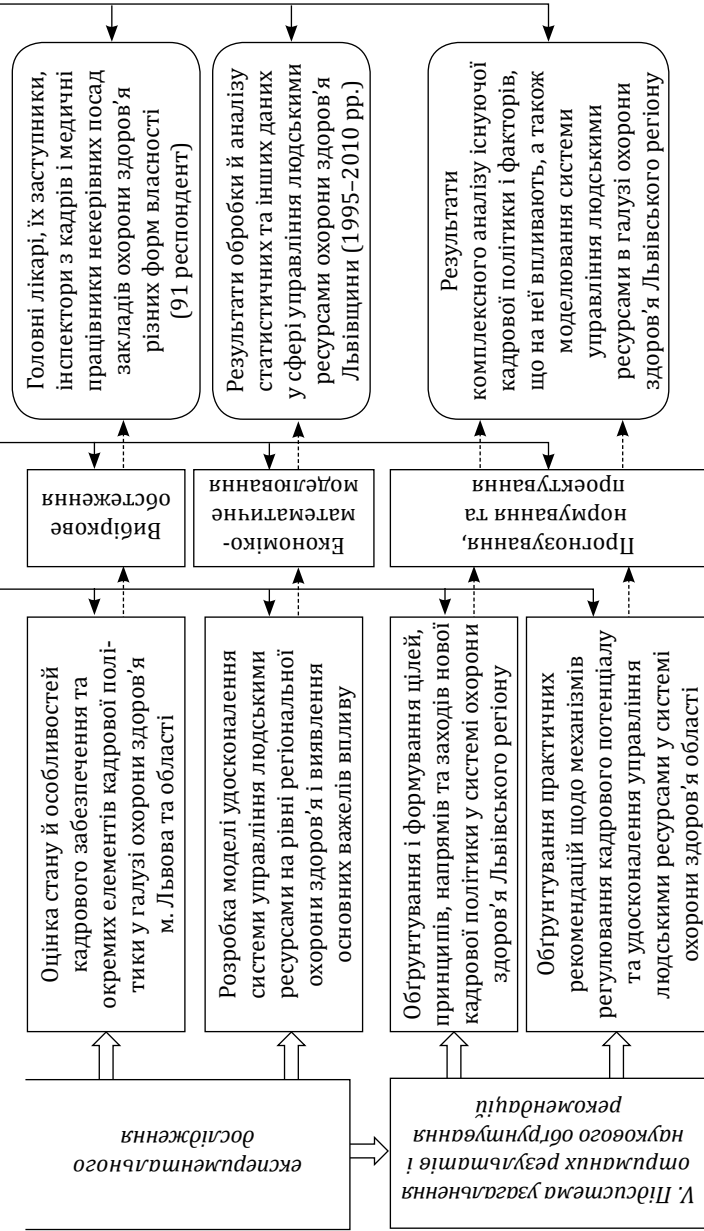
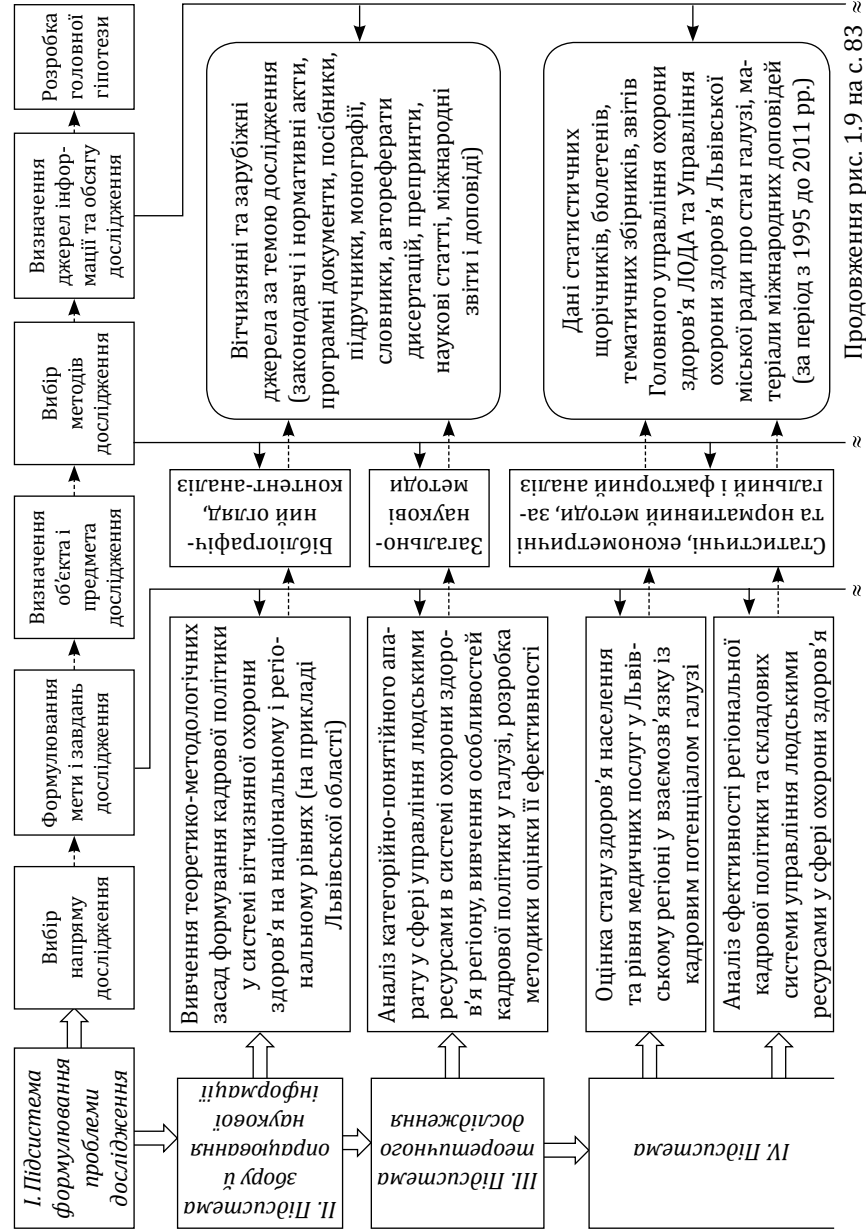


Рис. 1.9. Структурно-логічна схема етапності дослідження

зауважити, що якість і повнота аналізу залежать головним чином від якості і доступності статистичних та інших даних на рівні досліджуваного регіону. Власне наявність даних та їх якість у значній мірі визначатиме остаточний вибір індикаторів для проведення практичного аналізу кадрового потенціалу і політики управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я регіону.

Загалом, програма дослідження передбачає послідовність таких основних етапів (підсистем), як: формулювання проблеми дослідження, збір та опрацювання наукової інформації, теоретичний аналіз, експериментальне дослідження, узагальнення отриманих результатів і наукове обґрунтування практичних рекомендацій (рис. 1.9). Для вирішення проблеми даного дослідження чітко визначено мету (наукове обґрунтування та розробка сучасної моделі формування регіональної кадрової політики у сфері охорони здоров'я), об'єкт (система охорони здоров'я Львівської області) та предмет монографії (кадровий потенціал галузі на рівні регіону та суспільні відносини, що виникають у процесі формування і реалізації регіональної кадрової політики у сфері охорони здоров'я населення). Розроблено також головну гіпотезу дослідження – припущення, що кадрова політика в системі охорони здоров'я Львівської області в умовах реформування галузі є ключовим інструментом для збереження, зміцнення та розвитку її кадрового потенціалу, котрий, в свою чергу, значною мірою визначає стан здоров'я населення і якість медичних послуг у регіоні.

Отже, на кожному етапі сформульовано чіткі завдання, обрано методи дослідження та визначено джерела необхідної інформації. Серед різних наукових методів особливу увагу слід звернути на економіко-математичне моделювання системи управління людськими ресурсами на рівні регіону. Таке моделювання, як відомо, дає можливість оцінити поточний стан економічного об'єкта (системи), спрогнозувати та спроектувати стан даного об'єкта і середовища, в якому він перебуває, на перспективу. При цьому найскладніше завдання полягає у точній і повній ідентифікації та оцінці параметрів моделі. В кінцевому результаті коректно побудована економіко-математична модель може бути основою для прийняття ефективних рішень у сфері управління людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я регіону.

Розділ 2

АНАЛІЗ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ

2.1. Вплив кадрового потенціалу галузі на стан здоров'я населення: рівень і якість медичної допомоги

Однією з гострих і важливих для сталого розвитку України загалом та Львівського регіону зокрема є проблема збереження і зміцнення здоров'я населення, рівень якого можна вважати кінцевим результатом діяльності галузі. Поняття «здоров'я»³² трактується широко, оскільки характеризує як демографічний, так і соціально-економічний розвиток країни (регіону), рівень життя і благополуччя суспільства, а також визначає структуру та обсяг медичної допомоги населенню. Громадське здоров'я як медико-соціальна категорія інтегрує сукупність індивідуального здоров'я громадян та охоплює ступінь забезпечення його охорони, соціально-екологічні, соціально-економічні й соціально-демографічні характеристики суспільства [39, с. 53].

Останнім часом спостерігається активізація наукових досліджень із визначення стану здоров'я і життєздатності населення, обґрунтування можливостей поліпшення демографічних і медико-соціальних характеристик як на державному, так і регіональному рівнях. Зокрема, дослідженням цих питань займаються В. Ф. Моска-

³² Категорія «здоров'я населення» сама по собі не містить кількісної міри, тому дослідниками було введено поняття «рівень здоров'я населення». Рівень здоров'я дозволяє робити висновки про життєздатність, працездатність, фізичний розвиток і здатність суспільства до відтворення.

ленко, В. М. Лехан, К. М. Амосова, Ю. В. Поляченко, Л. Т. Шевчук, І. Б. Шевчук, Е. М. Лібанова, В. В. Рудень та інші вітчизняні науковці. Підвищена увага до проблем зміцнення та збереження здоров'я людини обумовлена низкою причин. Основна з них – це низький рівень здоров'я населення України та окремих регіонів протягом останнього десятиліття у зв'язку із кризовими явищами в економіці, зростанням смертності (особливо серед працездатних осіб), значною інвалідизацією, скороченням народжуваності та середньої тривалості життя, зростанням загальної захворюваності і високими темпами поширення соціально небезпечних хвороб.

З огляду на таку ситуацію постає об'єктивна потреба запровадження постійного моніторингу стану громадського здоров'я та обчислення інтегрального показника, який би давав адекватну кількісну оцінку цьому якісному явищу. Забезпечення органів державної влади достовірною інформацією про стан здоров'я населення дасть можливість вести ефективну державну і регіональну політику у сфері охорони здоров'я, особливо в частині управління людськими ресурсами галузі. Адже кількість та якість цих ресурсів (зокрема, медичних кадрів) є необхідною умовою та запорукою забезпечення доступності, якості та ефективності медичної допомоги.

Для оцінки рівня громадського здоров'я експерти ВООЗ [344, с. 15] рекомендують використовувати такі показники, як: частка ВВП, що скеровується на потреби галузі; доступність первинної медико-санітарної допомоги; відсоток осіб, які пройшли імунізацію від інфекційних хворіб (дифтерії, коклюшу, правця, кору, туберкульозу тощо); рівень дитячої смертності й середня тривалість життя; рівень гігієнічної грамотності дорослого населення; забезпеченість населення якісним водопостачанням. Однак, такий набір критеріїв швидше говорить про фактори, що зумовлюють здоров'я, ніж про показники, які характеризують його рівень. Перелічені індикатори вказують на широкий спектр підходів до сутності здоров'я громадян та визначення його рівня. Ще у 1971 р. представниками ВООЗ були сформульовані основні вимоги до інтегральних індикаторів здоров'я населення, зокрема [35, с. 156]:

- доступність даних – можливість оцінювання рівня громадського здоров'я без проведення спеціальних обстежень;

- повнота охоплення – використовувані при побудові інтегрального показника дані повинні охоплювати всі групи населення, для якого розраховується показник;
- надійність – статистична інформація в часовому й просторовому векторах не повинна змінюватися таким чином, щоб впливати на змодельований інтегральний показник;
- універсальність – інтегральний показник повинен відображати спільний вплив різних факторів;
- специфічність – у динаміці інтегрального показника повинні відображатися зміни тільки тих процесів і явищ, які він оцінює;
- чутливість до змін явищ і процесів, які оцінюються;
- прийнятність та інтерпретованість інтегрального показника;
- валідність – інтегральний показник повинен бути кількісним вираженням фактів, мірою яких він є;
- відтворюваність – можливість одержання схожих результатів при використанні інтегрального показника за різних умов і в різний час.

За останні кілька років вченими різних країн запропоновано велику кількість математичних, статистичних і демографічних моделей інтегральної оцінки громадського здоров'я, однак доводиться констатувати, що більшість із них має недоліки або труднощі у застосуванні на практиці. До найбільш відомих можна віднести комплексну методику Смулевича-Шевельова, яка базується на «негативних» проявах здоров'я населення – на показниках частоти поширення захворювань, рівня смертності, інвалідності тощо; методику оцінки здоров'я на основі відхилень окремих показників захворюваності від середніх величин, запропоновану М. Бєдним, С. Савіним і Г. Стяговим; алгоритм оцінки втрат здоров'я внаслідок захворюваності, інвалідності й передчасної смертності (індекс DALY); методику С. Єрмакова, яка передбачає побудову індексів здоров'я населення на базі нормативного підходу до класифікації втрат здоров'я з виділенням таких, які можуть бути усунені і таких, що усуненню не підлягають; методику Ю. Флоринської, пов'язану з оцінкою рівня здоров'я за допомогою показника втрат життєвого потенціалу (недожиття людини до потенційно досяжного віку) тощо [93, с. 87].

Крім того, у 2001 році була оприлюднена національна методика розрахунку індексу людського розвитку (ІЛР), розроблена колективом провідних українських вчених під керівництвом директора Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України Е. М. Лібанової. Одним із дев'яти компонентів ІЛР є індекс стану та охорони здоров'я, який розраховується на основі показників виробничого травматизму, забезпеченості лікарями і станціями швидкої медичної допомоги, рівня щеплення дітей, середньої тривалості перебування у стаціонарі та індексу умовного здоров'я. Однак, демографічні характеристики (середня очікувана тривалість життя, коефіцієнти смертності, народжуваності тощо) виключаються, так як використовуються для розрахунку іншого компонента – індексу демографічного розвитку [334, с. 416].

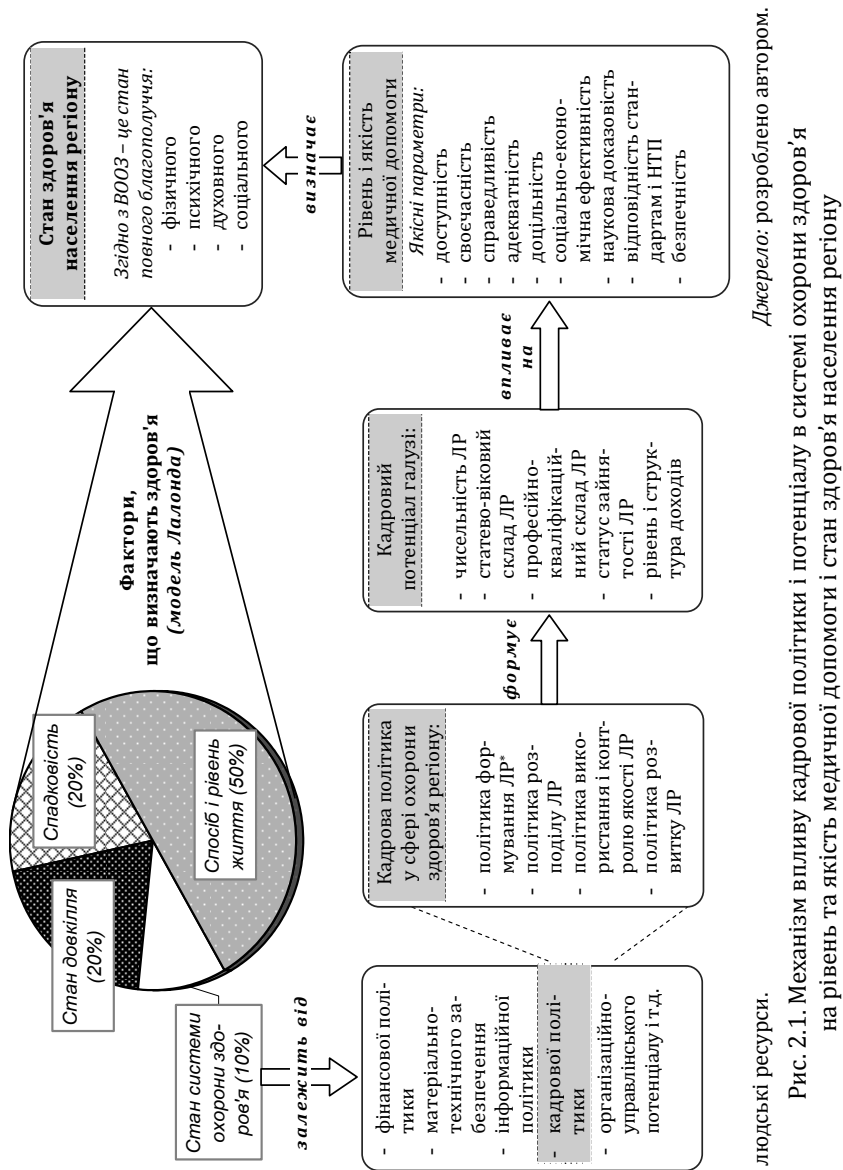
Таким чином, протягом значного періоду часу вчені пропонували різні методи інтегральної оцінки здоров'я населення, у яких враховувалися медико-демографічні показники, показники тимчасової непрацездатності, дані профілактичних оглядів, показники окремих захворювань, причинні фактори середовища, наслідком яких можуть бути порушення у стані здоров'я, тощо. Аналіз вищезгаданих методик підтверджує те, що використовуваний для інтегральної оцінки алгоритм повинен бути побудований, насамперед, для якісно однорідних груп населення з добре налагодженим медико-статистичним поточним обліком, а до складу комплексно оцінюваних показників повинні включатися ті з них, які найбільш повно характеризують здоров'я населення. При цьому методика повинна бути націлена на вирішення двох основних груп завдань. Перша група пов'язана із проведенням просторового аналізу (міжрегіональні (міжрайонні) порівняння рівня громадського здоров'я, виявлення рейтингових місць регіонів (районів) відповідно до інтегрального показника здоров'я та ін.). Друга група спрямована на часовий аспект аналізу – дослідження тенденцій у динаміці рівня громадського здоров'я.

Відсутність загальноприйнятого показника, що дозволяє охарактеризувати рівень здоров'я в країні (регіоні), створило реальну проблему розробки методики оцінки здоров'я населення. Її складність визначається великою кількістю різнонаправлених факторів, що впливають на здоров'я.

Досить довго вважалося, що прерогатива розв'язання проблеми здоров'я належить у більшій мірі медицині. Однак, відома модель Лалонда³³ [364] свідчить про залежність рівня здоров'я населення на 50% від способу і рівня життя, на 20% – від спадковості, на 20% – від стану навколишнього середовища і тільки на 10% – від стану системи охорони здоров'я. Показники діяльності даного сектору багато в чому залежать від кількісно-якісних характеристик людських ресурсів охорони здоров'я (кадрового потенціалу), результатів діяльності працівників галузі і якості медичної допомоги, яку вони забезпечують. При цьому, як зазначає російський вчений І. В. Подпоріна, треба розуміти, що медична допомога – це результат професійної діяльності медичного персоналу, а медична послуга – це результат господарської діяльності і медичної установи, і всієї інфраструктури системи охорони здоров'я [147]. Таким чином, будь-які рішення та заходи у сфері регіонального управління людськими ресурсами формують відповідний кадровий потенціал галузі, впливають на рівень і якість медичної допомоги та, в кінцевому результаті, визначають стан здоров'я населення регіону. Цей механізм впливу наведено на рис. 2.1.

Варто зауважити, що в сучасних наукових працях [23, с. 46; 62, с. 15; 139, с. 175] можна зустріти більш детальну класифікацію чинників формування суспільного здоров'я, яка включає соціально-економічні (рівень заможності, зайнятість та умови праці, структура видатків домогосподарств, якість харчування, валеологічна культура і ціннісні орієнтації поведінки щодо здоров'я), екологічні (стан водних ресурсів, повітря і ґрунту, стан радіаційної, акустичної та електромагнітної безпеки), демографічні (показники народжуваності, смертності і статеві-вікової структури населення) фактори, спадковість і генетичний фонд, а також стан системи охорони здоров'я (медико-організаційні чинники). Майже всі зазначені складові залежать від матеріального забезпечення, тобто розвитку економіки держави (регіону), реальної наповненості ВВП (ВРП), індексу споживання тощо.

³³ Марк Лалонд – канадський політичний діяч, котрий на початку 1970-х рр. очолював Міністерство національного здоров'я і добробуту Канади.



* ЛР – людські ресурси.

Рис. 2.1. Механізм впливу кадрової політики і потенціалу в системі охорони здоров'я на рівень та якість медичної допомоги і стан здоров'я населення регіону

Жоден із традиційно використовуваних показників (коєфіцієнт дитячої смертності, очікувана тривалість життя при народженні, загальна захворюваність і т. д.) не дозволяє дати репрезентативну оцінку рівня здоров'я нації. У зв'язку з цим загальну характеристику здоров'я населення можна отримати тільки шляхом об'єднання показників у складний комплекс. Одним із таких індикаторів (що дозволив би оцінити динаміку та ступінь зміни громадського здоров'я у Львівському регіоні) може виступити індекс, розрахований за допомогою методу *Index-Numbers*, автором якого є відомий англійський статистик Артур Боулі. Цей метод застосовується «...для вимірювання такого роду величини, яку ми не можемо спостерігати безпосередньо, але про яку відомо, що вона впливає на низку інших величин, що піддаються нашому вимірюванню, змушуючи їх усіх або збільшуватися, або ж зменшуватися» [352, с. 216]. Таким чином, зіставляючи доступні статистичному спостереженню й обліку показники, що характеризують рівень здоров'я населення з різних сторін, вимірюючи їхні зміни та поєднуючи їх за допомогою методу *Index-Numbers*, можна робити висновки про зміну інтегрального індикатора громадського здоров'я.

Очевидно, що першим логічним етапом на шляху побудови інтегрального індексу є визначення показників, які в найбільшій мірі характеризують здоров'я мешканців Львівщини. Зі всієї сукупності прийнятих у медичній статистиці і пропонованих ВООЗ факторів та індикаторів, враховуючи досвід вітчизняних і зарубіжних досліджень [35; 326; 334; 344; 262; 270], ми пропонуємо використати три групи показників – таким чином, щоб забезпечити високу чутливість інтегрального індексу здоров'я населення до зміни факторів кадрової політики:

1. Демографічні показники:

- 1) загальний коефіцієнт народжуваності;
- 2) очікувана тривалість життя при народженні;
- 3) коефіцієнт дитячої смертності;
- 4) коефіцієнт материнської смертності;
- 5) коефіцієнт смертності у працездатному віці;
- 6) коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу³⁴.

³⁴ Провідне місце у структурі смертності належить саме цій причині.

2. Медико-санітарні показники:

- 1) загальна захворюваність населення;
- 2) поширення ВІЛ/СНІДу;
- 3) захворюваність на злоякісні новоутворення;
- 4) захворюваність на активний туберкульоз;
- 5) кількість абортів на 100 пологів;
- 6) кількість осіб, вперше визнаних інвалідами, на 10 000 дорослого населення;
- 7) рівень травматизму на 1000 працівників.

3. Показники рівня та якості медичної допомоги:

- 1) кількість осіб, яким надана допомога амбулаторно і на виїздах швидкої медичної допомоги (на 1000 населення);
- 2) кількість пролікованих хворих у денних стаціонарах і стаціонарах вдома (на 1000 населення);
- 3) рівень охоплення населення сімейною медициною;
- 4) потужність (планова ємність) лікарських амбулаторно-поліклінічних організацій на 10 000 населення;
- 5) кількість лікарняних ліжок на 10 000 населення;
- 6) рівень госпіталізації мешканців;
- 7) середня тривалість лікування (перебування) пацієнта у стаціонарі;
- 8) частка післяопераційної летальності.

При відборі показників враховувалося наступне: по-перше, таке складне явище, як здоров'я населення, не може бути відображене за допомогою лише демографічних показників, тому необхідно використати як показники захворюваності, так і показники медичного обслуговування. Показники, які характеризують розвиток сфери охорони здоров'я з погляду її фінансової чи іншої забезпеченості (зокрема, частка бюджету області і валового регіонального продукту, що скеровується на потреби галузі) не враховувались, оскільки в останніх наукових дослідженнях [270, с. 15] спростовано наявність тісного зв'язку між рівнем бюджетного фінансування системи та станом здоров'я населення. По-друге, бралась до уваги доступність статистичних даних, а також те, наскільки повно вони відображають процеси медико-демографічного розвитку регіону.

Наступним кроком є розрахунок для кожної групи стандартизованих значень показників з метою зведення вихідних даних до однорідного вигляду за формулою:

$$z_{ij} = \frac{x_{ij}}{x_{\max j}}, \quad (2.1)$$

де z_{ij} – стандартизоване значення j -го показника в i -му інтервалі часу ($j = \overline{1, m}$; $i = \overline{1, n}$);

x_{ij} – вихідні значення змінних;

$x_{\max j}$ – максимальне значення j -го показника за весь досліджуваний період.

Після зведення даних для кожної з трьох груп показників необхідно розрахувати багатомірну середню величину (\bar{z}_{il}) за кожний рік обраного періоду:

$$\bar{z}_{il} = \frac{1}{k_l} \cdot \sum_{j=1}^{k_l} z_{ij}, \quad (2.2)$$

де k_l – кількість показників у групі;

l – кількість груп показників ($l = 1, 2, 3$).

При розрахунку багатомірної середньої величини важливо враховувати те, що окремі показники мають різний характер впливу на інтегральний показник. Такі змінні, як народжуваність, тривалість життя, потужність амбулаторно-поліклінічних закладів й інші, що мають позитивний вплив на загальний рівень здоров'я населення регіону, необхідно використовувати у вигляді z_{ij} . А фактори з негативним впливом на рівень здоров'я (показники смертності, захворюваності, інвалідності, кількості абортів, післяопераційної летальності тощо) – у вигляді $(1 - z_{ij})$, що дозволить перейти до одновекторних величин.

Для побудови агрегованого індексу здоров'я пропонується використати наступний алгоритм:

1. На підставі багатомірних середніх величин за кожною групою показників розраховуються базисні часові ряди індексів.
2. Оцінюється значимість кожної групи показників, тобто розраховуються їхні ваги в агрегованому індексі за матрицею парних кореляцій [41, с. 51]:

$$w_l = \sum_{u=1}^l r_{uv} / \sum_{u=1}^l \sum_{v=1}^l r_{uv}, \quad (2.3)$$

де w_l – ваги, з якими багатомірна середня величина кожної з груп включається в агрегований індекс;

r_{uv} – коефіцієнт парної кореляції між багатомірними середніми величинами ($u, v = 1, 2, 3$).

Сума коефіцієнтів парної кореляції кожної багатомірної середньої з іншими співвідноситься із загальною сумою коефіцієнтів всієї матриці. При цьому парні коефіцієнти кореляції, як статистичні величини, повинні бути оцінені на достовірність за допомогою t -критерію Ст'юдента, що розраховується за формулою [41, с. 45]:

$$t_r = \frac{r_{uv}}{\sqrt{1-r_{uv}^2}} \cdot \sqrt{n-2}. \quad (2.4)$$

Розраховані значення порівнюються із табличними при $df = n - 2$ ступенях свободи, та при $t_r > t_{табл}$ робиться висновок про надійність розрахованих коефіцієнтів кореляції і про те, що похибка коефіцієнтів перебуває у допустимих межах.

На завершальному етапі агрегований індекс здоров'я населення регіону розраховується через лінійну комбінацію всіх структурних елементів за формулою середньої арифметичної зваженої:

$$y_i = w_1 \cdot I_{i1} + w_2 \cdot I_{i2} + w_3 \cdot I_{i3}, \quad (2.5)$$

де I_{i1}, I_{i2}, I_{i3} – базисні індекси багатомірних середніх величин для кожної групи.

Таким чином, при зважуванні індексів багатомірних середніх величин за кожною групою за кожний рік можна одержати агрегований показник, що відображає динаміку здоров'я населення і дозволяє охарактеризувати відсоткову зміну рівня громадського здоров'я порівняно з роком, прийнятим за базовий. Використовуючи запропонований алгоритм, можна не лише оцінити рівень здоров'я населення в динаміці, але й порівняти громадське здоров'я різних регіонів у межах однієї країни, а також різних країн, дотримуючись при цьому одного з найважливіших етапів

побудови – оптимального та порівнюваного відбору досліджуваних показників.

Описана вище методика була використана при оцінюванні здоров'я населення Львівської області за період з 2000 до 2010 рр., при цьому за базисне значення (100% або 1) був прийнятий рівень здоров'я населення за станом на 2000 рік (рис. 2.2). Принцип порівнюваності показників збережено, оскільки вихідними даними слугували відносні величини структури та інтенсивності, за винятком показника очікуваної тривалості життя при народженні (табл. 2.1).

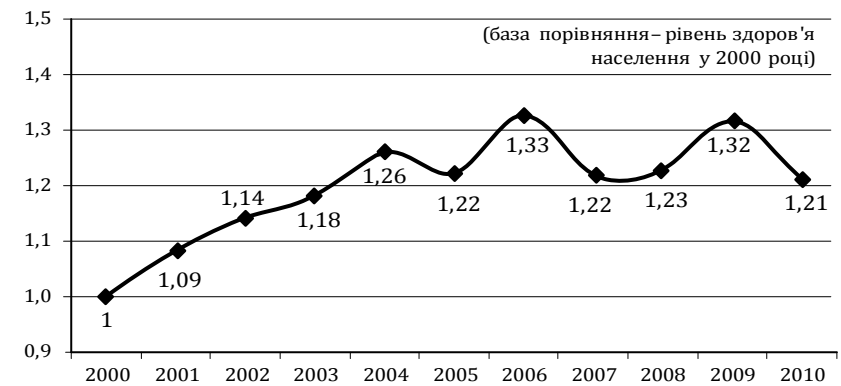


Рис. 2.2. Динаміка інтегрального індексу здоров'я населення Львівської області (2000–2010 рр.)

Виконані розрахунки та отримані результати (див. табл. 2.2, рис. 2.2) свідчать про те, що групи факторів корелюють між собою і визначають інтегральний показник здоров'я. При цьому парні коефіцієнти кореляції оцінені на достовірність (t -критерій Ст'юдента), їх похибка перебуває у допустимих межах.

Аналіз динаміки здоров'я населення Львівщини за 2000–2010 рр. дозволяє зробити такі висновки: протягом усього досліджуваного періоду рівень здоров'я у Львівській області був вищим від базисного (2000 року). Максимальне значення інтегрального показника здоров'я спостерігалось у 2006 році (1,33). Крім того, помітно різкий спад (до 1,22) рівня здоров'я населення області у 2007 році

Таблиця 2.1

Основні демографічні, медико-санітарні показники та індикатори рівня і якості медичної допомоги у Львівській області у 2000-2010 рр.

Показники	Роки										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Демографічні показники:											
1.1. Загальний коефіцієнт народжуваності (на 1000 населення)	8,9	9,0	9,3	9,6	10,1	10,1	10,6	10,7	11,3	11,8	11,2
1.2. Очікувана тривалість життя при народженні, років	70,4	70,4	70,6	70,6	70,7	70,6	70,7	70,6	70,6	71,6	71,8
1.3. Коефіцієнт дитячої смертності (дітей у віці до 1 року на 1000 народжених живими)	12,2	12,3	9,0	8,3	10,0	8,3	7,8	10,5	8,8	7,9	9,2
1.4. Коефіцієнт материнської смертності (на 1000 дітей народжених живими)	0,24	0,21	0,20	0,20	0,15	0,15	0,07	0,14	0,21	0,13	0,14
1.5. Коефіцієнт смертності у працездатному віці (жінок і чоловіків у віці 16-54 і 16-59 років відповідно) на 100 000 населення працездатного віку	448,1	452,6	470,5	483,6	477,1	514,7	507,8	522,8	526,9	420,5	433,1

2.1. Вплив кадрового потенціалу галузі на стан здоров'я населення

Продовження табл. 2.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.6. Коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу (на 100 000 населення)	759,8	795,3	817,4	864,4	846,2	887,6	872,8	866,0	888,6	839,5	832,4
2. Медико-санітарні показники:											
2.1. Загальна захворюваність ¹ населення, випадків на 100 000 населення	81108	81560	79443	80151	79525	81603	81542	85319	83251	86393	84249
2.2. Поширення ВІЛ/СНІДу ² , осіб на 100 000 населення	3,1	4,1	4,4	5,6	7,1	8,2	9,5	10,0	12,4	18,2	18,9
2.3. Захворюваність на злоякісні новоутворення, випадків на 100 000 населення	262,4	271,9	280,6	291,0	291,4	296,0	299,6	308,0	308,6	309,8	313,5
2.4. Захворюваність на активний туберкульоз, випадків на 100 000 населення	65,0	68,4	75,8	72,5	75,2	78,9	74,3	76,2	71,9	73,6	66,4
2.5. Кількість абортів на 100 пологів, випадків	62	57	51	47	40	35	33	28	26	24	23
2.6. Кількість осіб, вперше визнаних інвалідами ³ , осіб на 10 000 дорослого населення	61,4	64,9	68,3	55,8	48,7	54,1	54,4	55,8	51,6	51,4	53,1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.7. Рівень травматизму ⁴ , осіб на 1000 працівників	2,5	1,5	1,3	1,4	1,1	1,3	1,0	1,0	0,9	0,7	0,8
3. Показники рівня та якості медичної допомоги:											
3.1. Кількість осіб, яким нада- на допомога амбулаторно і на виїздах швидкої ме- дичної допомоги (на 1000 населення), осіб	238,6	235,6	237,2	241,0	245,6	250,3	248,5	253,3	253,1	259,3	258,0
3.2. Кількість пролікованих хворих у денних стаціона- рах і стаціонарах вдома (на 1000 населення), осіб	44,8	48,2	50,1	52,8	57,7	65,2	77,4	87,2	95,5	101,6	105,8
3.3. Рівень охоплення сімей- ною медициною (% насе- лення, прикріпленого до закладів загальної практи- ки / сімейної медицини)	5,7	7,3	9,0	11,4	13,5	23,0	28,3	34,3	40,6	46,2	50,7
3.4. Потужність (планова ємність) лікарських амбулаторно-поліклініч- них організацій на 10 000 населення, відвідувань за зміну	176,1	181,6	183,3	183,9	185,7	187,6	189,3	191,8	192,8	194,4	193,5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3.5. Кількість лікарняних лі- жок на 10 000 населення, одиниць	96,3	98,1	99,1	98,4	98,5	97,0	97,3	96,0	99,1	98,1	97,9
3.6. Рівень госпіталізації на 100 мешканців, осіб	18,7	19,3	20,2	21,0	21,5	22,2	22,2	23,5	22,5	22,6	23,0
3.7. Середня тривалість лі- кування (перебування) пацієнта у стаціонарі, ліжко-днів	15,9	15,6	15,3	14,9	14,6	14,3	14,1	13,7	13,5	13,3	13,2
3.8. Частка післяопераційної летальності ⁵ , %	1,11	1,10	1,07	1,03	0,98	0,99	1,04	1,02	1,04	0,96	0,77

¹ захворюваність розраховано як частку від ділення кількості хворих з вперше встановленим діагнозом на середньо- річну кількість постійного населення.

² кількість осіб, яких уперше в житті визнано ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД (в розрахунку на 100 000 населення).

³ кількість осіб-інвалідів у віці 16 років і старшому в розрахунку на 10 000 дорослого населення.

⁴ кількість потерпілих із втратою працездатності на один робочий день і більше та зі смертельним наслідком (в роз- рахунку на 1000 працівників).

⁵ післяопераційну летальність розраховують як відсоток випадків смерті внаслідок операції від усіх випадків хірургіч- ного лікування хворих.

Джерело: на основі статистичних даних за 2000-2010 рр. [290; 292, с. 128, 130-131, 164-165, 194; 293, с. 137, 139-140, 173-174, 203; 138, с. 8-10, 22, 26, 28, 48, 58-59, 62, 66, 76, 79, 83, 89, 93-94; 297, с. 303, 305, 307-308, 311, 312; 278, с. 12; 285, с. 49; 286, с. 39, 47, 50-51, 54, 59; 294, с. 133-134, 169-170, 200; 295, с. 15, 19-20, 93, 149, 185-186, 190; 296, с. 15, 19-20, 91, 127, 137-143, 150-151, 185-187, 190, 216; 287, с. 12, 48, 51-52, 55-56; 301, с. 299].

Таблиця 2.2

Результати розрахунків відповідно до комплексної індексної методики оцінки рівня здоров'я населення Львівщини у 2000–2010 рр.

Коефіцієнти	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. Демографічні показники											
\bar{z}_{11}	0,340	0,352	0,399	0,400	0,424	0,427	0,502	0,414	0,392	0,512	0,477
I_{11}	1,000	1,038	1,175	1,177	1,249	1,258	1,478	1,220	1,154	1,507	1,403
2. Медико-санітарні показники											
\bar{z}_{12}	0,191	0,234	0,235	0,257	0,289	0,257	0,276	0,267	0,279	0,243	0,245
I_{12}	1,000	1,227	1,232	1,344	1,511	1,344	1,444	1,397	1,459	1,269	1,283
3. Показники рівня та якості медичної допомоги											
\bar{z}_{13}	0,356	0,364	0,368	0,372	0,376	0,385	0,382	0,381	0,396	0,410	0,436
I_{13}	1,000	1,021	1,033	1,044	1,054	1,080	1,072	1,070	1,112	1,150	1,223
y_i	1,00	1,09	1,14	1,18	1,26	1,22	1,33	1,22	1,23	1,32	1,21
r_{12}, t_{r12}, w_1	0,455 (помірна кореляція), 1,446 (більше $t_{табл}$ при $p = 0,10$), 0,349										
r_{13}, t_{r13}, w_2	0,739 (висока кореляція), 3,099 (більше $t_{табл}$ при $p = 0,10$), 0,303										
r_{23}, t_{r23}, w_3	0,450 (помірна кореляція), 1,425 (більше $t_{табл}$ при $p = 0,10$), 0,348										

(схожа динаміка мала місце у період з 2009 по 2010 роки). Таку тенденцію можна пов'язати із соціально-економічною нестабільністю як загалом в країні, так і в досліджуваному регіоні зокрема. Безумовно, спад економічного розвитку, високий рівень безробіття, депопуляція, несприятливі зміни вікового складу населення, а також екологічні наслідки катастрофи на Чорнобильській АЕС не могли не вплинути на рівень здоров'я мешканців Львівщини, у результаті чого за останнє десятиріччя істотно зросли окремі показники смертності й захворюваності.

Поступовий (хоча не остаточний) вихід із соціально-економічної кризи, деяка стабілізація ринкових відносин, поліпшення якості життя сприяли нормалізації демографічних процесів у Львівській області, покращенню рівня та якості медичної допомоги, що в кінцевому результаті забезпечило позитивну динаміку інтегрального показника порівняно з 2000 роком.

Запропонована нами методика є цілком прийнятною для оцінки рівня здоров'я населення за регіонами України та їхнього співставлення між собою. Результати розрахунків можуть слугувати основою для визначення ключових проблем та пріоритетних напрямів розвитку як для кожного регіону, так і країни загалом.

Описаний вище алгоритм комплексної оцінки рівня здоров'я населення усуває деякі недоліки, властиві низці методів аналізу, та має наступні переваги: 1) дозволяє перейти від ізольованого розгляду окремих показників до сумарної оцінки та одержати обґрунтовану кількісну і якісну характеристику здоров'я населення; 2) дозволяє оцінити рівень здоров'я із врахуванням як «негативних» показників, так і тих, що мають позитивну спрямованість; 3) забезпечує порівняння рівня громадського здоров'я у часі та просторі; 4) не вимагає розробки стандартів показників здоров'я населення; 5) не містить ускладнених математичних обчислень.

Наступним етапом перевірки гіпотези про залежність стану здоров'я населення та рівня і якості медичної допомоги від кадрового потенціалу галузі є побудова таблиці парних (взаємних) кореляцій (табл. 2.3). При цьому коефіцієнти кореляції розраховані на основі вхідних даних за 11 років (2000–2010 рр.), які характеризують кількісно-якісні параметри людських ресурсів у галузі охорони здоров'я досліджуваного регіону (Дод. Е).

Таблиця 2.3

**Вплив кадрового потенціалу галузі
на стан здоров'я населення Львівської області через медико-
демографічні складові регіону (парний кореляційний аналіз)**

Залежні змінні Незалежні змінні	Демографічна ситуація (\bar{z}_1)	Медико-санітарний стан (\bar{z}_2)	Рівень та якість медич- ної допомоги (\bar{z}_3)	Інтегральний індекс здоров'я населення (y)
1	2	3	4	5
Середньооблікова кількість найманих штатних працівників у галузі	0,621	0,539	0,781	0,739
з них: в еквіваленті повної зайнятості	0,681	0,759	0,719	0,863
Кількість працівників позаоблікового складу, що працювали за тимчасовими договорами	-0,313	-0,115	-0,603	-0,319
Частка лікарів сільської місцевості у загальній кількості лікарського персоналу	0,169	0,702	0,441	0,481
Частка середнього медичного персоналу сільської місцевості у загальній кількості відповідної категорії працівників	0,643	0,543	0,689	0,725
Чисельність лікарів на 10 000 населення	0,850	0,688	0,817	0,935
у т. ч.: сімейних лікарів	0,665	0,374	0,959	0,719
Чисельність середнього медичного персоналу на 10 000 населення	-0,044	0,270	-0,504	0,002
Чисельність медичних сестер в усіх закладах охорони здоров'я	0,094	0,337	-0,375	0,141
у т. ч.: сімейних медсестер	0,682	0,452	0,956	0,762
Частка найманих працівників у віці 15–34 років*	0,563	0,589	0,623	0,699
Частка найманих працівників, які отримують пенсію*	0,633	0,410	0,896	0,706

Продовження табл. 2.3

1	2	3	4	5
Частка найманих працівників з неповною та базовою вищою освітою*	-0,514	-0,102	-0,477	-0,429
Частка найманих працівників з повною вищою освітою*	0,018	0,162	0,048	0,090
Частка лікарів з кваліфікаційною категорією	0,576	0,807	0,616	0,799
Частка середнього медичного персоналу з кваліфікаційною категорією	0,780	0,647	0,936	0,903
Кількість штатних фахівців, які виконували наукові і науково-технічні роботи, у галузі медичних наук	0,501	0,668	0,372	0,644
з них: докторів медичних наук	0,424	0,190	0,692	0,465
кандидатів медичних наук	-0,406	-0,456	-0,499	-0,529
Чисельність аспірантів у галузі медичних наук	-0,146	0,547	-0,345	0,102
Чисельність докторантів у галузі медичних наук	0,494	0,348	0,923	0,602
Кількість докторів медичних наук, зайнятих в економіці	0,759	0,602	0,955	0,870
Кількість кандидатів медичних наук, зайнятих в економіці	0,580	0,598	0,889	0,762
Кількість студентів за напрямом «Медицина»	0,584	0,757	0,765	0,810
Чисельність випускників за напрямом «Медицина»	0,748	0,642	0,639	0,826
Середньомісячна номінальна заробітна плата одного штатного працівника у галузі	0,623	0,383	0,957	0,698
Частка працівників, охоплених колективними договорами*	0,515	0,289	0,821	0,569

* у структурі облікової кількості штатних працівників.

Примітка: жирним шрифтом виділені значимі коефіцієнти кореляції при $p = 0,05$.
Джерело: розраховано на основі статистичних даних за 2000–2010 рр. (Дод. Е, табл. 2.2).

Результати кореляційного аналізу підтверджують наявність тісного зв'язку між окремими показниками кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я Львівщини та станом здоров'я населення – комплексним показником, що включає демографічні, медико-санітарні індикатори та показники медичної допомоги у регіоні. Варто зауважити, що парні коефіцієнти кореляції, які становлять 0,64 і вище, можна вважати статистично значимими, оскільки їхнє t -значення (t -критерій Ст'юдента) при $p = 0,05$ і $df = 9$ перевищує $t_{\text{табл}}$. Це свідчить про достовірність зв'язку між досліджуваними величинами.

Отже, рівень здоров'я мешканців Львівської області та показники медичного обслуговування прямопропорційно залежать від чисельності працівників у галузі (зокрема лікарів), вікової структури медичних фахівців, рівня їх кваліфікації, розміру заробітної плати в охороні здоров'я, кількості науковців і потенційних людських ресурсів (студентів та випускників за напрямом «Медицина»), а також забезпеченості сільських мешканців медичними працівниками (особливо середнім персоналом). Зростання кількості молодих кадрів (до 34 років) і працівників пенсійного віку практично однаковою мірою забезпечує покращення стану громадського здоров'я. Це можна пояснити тим, що старше покоління має більший досвід роботи і відповідно рівень кваліфікації (компетентність), що позитивно впливає на якість медичної допомоги та професійну адаптацію молодих кадрів. А молодь, як правило, володіє більшим трудовим потенціалом і вищою професійною мобільністю. З іншого боку, велика частка працюючих пенсіонерів сприяє молодіжному безробіттю і певною мірою нерівномірному розподілу людських ресурсів, що варто враховувати при формуванні кадрової політики у галузі.

Гендерний розподіл працівників охорони здоров'я не брався до уваги, так як априорі ми не передбачаємо зв'язку між часткою жінок (приблизно 80%) чи чоловіків (20%) у галузі та станом здоров'я населення Львівської області. У ході кореляційного аналізу не враховувалась також структура персоналу за спеціальностями (за винятком сімейних лікарів і медсестер), так як зв'язок чисельності окремих фахівців та інтегрального індексу здоров'я (разом із показниками медичної допомоги) або відсутній, або вважається

некоректним. Причиною цього є, по-перше, складові елементи залежних змінних, які не враховують вузьких медико-демографічних показників (зокрема, рівня госпіталізації, смертності і захворюваності за різними нозологіями). По-друге, оцінка може бути репрезентативною лише у випадку, коли є можливість аналізувати кількість спеціалістів окремо у первинній та вторинній ланках системи охорони здоров'я. Так, наприклад, чисельність дільничних терапевтів корелює з показником кількості осіб, яким надано допомогу амбулаторно, а чисельність терапевтів, що працюють у стаціонарах, пов'язана з рівнем госпіталізації мешканців та тривалістю стаціонарного лікування.

Загалом, кадровий потенціал в охороні здоров'я формується і розвивається в результаті відповідної кадрової політики, у зв'язку з чим будь-які рішення у сфері управління людськими ресурсами галузі тією чи іншою мірою впливають на кінцеву мету системи охорони здоров'я – стан здоров'я населення. Отже, можна припустити, що підвищення ефективності регіональної кадрової політики у галузі забезпечить покращення показників здоров'я мешканців Львівської області завдяки зростанню рівня та якості медичної допомоги у регіоні.

2.2. Особливості системи підготовки медичних працівників та формування галузевого наукового потенціалу в регіоні

За умов трансформації українського суспільства вітчизняній системі охорони здоров'я на усіх рівнях притаманні динамічні зміни чисельності зайнятих, глибокі кількісні та якісні зрушення в структурі кадрового потенціалу й інші тенденції. Ці зміни значною мірою зумовлені зростанням потреби у медичних послугах, необхідністю розширення їх асортименту та підвищення рівня обслуговування населення. У зв'язку з цим об'єктивною основою планування і прийняття важливих управлінських рішень та формування раціональної кадрової політики в галузі має бути

ґрунтовний аналіз сучасних тенденцій кадрового забезпечення сектору охорони здоров'я.

Сьогодні процеси підготовки, розподілу і використання людських ресурсів галузі розглядаються, як правило, на макрорівні або ж на рівні окремих медичних закладів. Багато вітчизняних та зарубіжних вчених (В. М. Лехан, В. Ф. Москаленко, Л. Т. Шевчук, Л. Г. Богуш, І. С. Вітенко, Ю. В. Вороненко, В. І. Куценко, Є. Є. Латишев, Г. І. Лиса, О. Н. Литвинова, О. Адамс, Д. Монтагу, Н. Дреш, Т. Босерт, Н. Гупта, Ф. Ріголі, Т. Еванс, Л. О'Браян-Палас, К. Блур) у своїх працях приділяють увагу різним аспектам розвитку кадрового потенціалу держави загалом та системи охорони здоров'я зокрема. Водночас практично не розробляються питання освітньої політики та політики зайнятості кадрів у даній галузі на регіональному рівні.

Головна проблема української системи охорони здоров'я, на думку В. Князевича, полягає у «невідповідності сучасним реаліям ринкової економіки діючої в Україні радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашка), яка функціонувала в умовах планової економіки» [346]. Це, за твердженням колишнього міністра, породило кадрову кризу в галузі з постійним розпорошенням, нераціональним використанням і дестимулюванням людських ресурсів. Такі тенденції мають місце і в регіональних системах охорони здоров'я, оскільки управління галуззю є надто централізованим і малогнучким. Про це свідчить аналіз роботи вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) у Львівській області за останні роки і стан кадрового забезпечення галузі регіону.

За даними Міністерства освіти і науки України, підготовку медичних і фармацевтичних кадрів у регіоні здійснює 10 ВМНЗ³⁵, з них 8 закладів I–II рівня акредитації (Бориславське медичне училище, Державний вищий навчальний заклад «Львівське медичне училище», Львівський державний медичний коледж імені Андрея Крупинського, Самбірське медичне училище, Львівський медичний колегіум, Львівське державне медичне училище Львівської залізниці, ТОВ Медичний коледж «Монада», ТОВ «Медичне училище «Медик») і 2 заклади III–IV рівня акредитації (Львівський

національний медичний університет імені Данила Галицького та Львівський медичний інститут, заснований при університеті у 2004 році як приватний навчальний заклад). Крім того, підвищення кваліфікації та перепідготовку медичних кадрів забезпечують медичний університет, Львівський медичний коледж післядипломної освіти, а також Львівський регіональний навчально-тренувальний центр невідкладних станів (для фахівців системи екстреної медичної допомоги).

Без сумніву, така велика кількість ВМНЗ у Львівській області впливає на чисельність потенційних і реальних людських ресурсів у галузі, їх структуру та інші характеристики. Потужність освітньої складової системи охорони здоров'я демонструє динаміка показників у табл. 2.4. Чисельність студентів, прийнятих на початковий цикл навчання, за останні 20 років зросла в регіоні на 333 особи і в 2009/2010 н. р. становила 1320 осіб [54, с. 79]. Кількість випускників і загальна чисельність студентів у ВМНЗ також зросли за досліджуваний період – на 69,3% і 41,2% відповідно. При цьому в структурі 3057 випускників 2009/2010-го н. р. 60% складали молодші спеціалісти, 5% – бакалаври, 34% – спеціалісти і 1% – магістри [54, с. 84]. Останнім часом спостерігаються структурні зрушення в бік збільшення частки молодших спеціалістів і зменшення кількості спеціалістів та бакалаврів.

У розрізі навчальних закладів різного рівня акредитації – тенденції аналогічні (кількість студентів і випущених фахівців за 20 років зросла). Це пов'язано головним чином зі збільшенням кількості ВМНЗ у регіоні порівняно з 1990 роком удвічі (з 4 до 8 закладів I–II рівнів акредитації і з 1 до 2 – III–IV рівнів акредитації). Хоча за останні 2–3 роки усі наведені показники помітно скорочуються. Так, з 2007 року кількість студентів, зарахованих в усі ВМНЗ області, почала зменшуватись, навіть незважаючи на те, що з 2008 року в Україні запроваджено загальнообов'язкову систему вступу абітурієнтів до вищих навчальних закладів на основі зовнішнього незалежного оцінювання без вступних випробовувань. Причин такої ситуації декілька. Одна з них – демографічна. Зі шкіл Львівщини з кожним роком випускається все менше абітурієнтів. Станом на 1 січня 2011 року кількість постійного населення у віці 16–17 років становила 65002 особи, що на 4269 осіб менше

³⁵ У загальній структурі ВМНЗ України частка відповідних закладів на Львівщині складає 8%.

Таблиця 2.4

Підготовка медичних працівників у Львівській області
за напрямом «Медицина» у 1990–2010 н. р. (осіб)

Показники	1990/1991	1995/1996	2000/2001	2003/2004	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	
										знань	темп приросту
											1990/ 91, %	2008/ 09, %
Вищі медичні навчальні заклади III-IV рівнів акредитації											
Кількість студентів	4354	4034	4518	5247	5397	5494	5389	5432	5311	4820	10,7 -9,2
Кількість випущених фахівців	618	738	688	948	966	959	916	1062	1202	1172	89,6 -2,5
Вищі медичні навчальні заклади I-II рівнів акредитації											
Кількість студентів	3538	3765	4803	4551	6102	6097	5682	5718	6451	6325	78,8 -2,0
Кількість випущених фахівців	1188	1484	1506	1533	2067	2102	2142	2227	1391	1885	58,7 35,5
Усі медичні навчальні заклади разом											
Кількість осіб, прийнятих на початковий цикл навчання	987	1099	1246	1368	1434	1454	1632	1593	1487	1320	33,7 -11,2
Кількість студентів	7892	7799	9321	9798	11499	11591	11071	11150	11762	11145	41,2 -5,2
Кількість випущених фахівців	1806	2222	2194	2481	3033	3061	3058	3289	2593	3057	69,3 17,9

Джерело: статистичні дані [53, с. 90–94; 54, с. 77, 79, 83–84; 138, с. 30–31; 277, с. 90–94].

порівняно із попереднім роком (на 9896 осіб менше за показник 2005 року) [290].

Крім того, незважаючи на збільшення кількості заяв, поданих абітурієнтами для навчання у медичних освітніх закладах³⁶ (табл. 2.5), реальний конкурс у ВМНЗ області зменшується (6,8 осіб на одне бюджетне місце в університеті [83]) через зниження престижу медичної професії, так як сьогодні медики є найбільш незахищеною категорією працівників. І це при тому, що вартість навчання на контрактній основі є дуже високою, а кількість бюджетних місць обмежена. Варто зауважити, що на даний час особливо непопулярним є педіатричний факультет, оскільки готує найменш соціально забезпечену категорію лікарів. А такі напрями, як фтизіатрія, рентгенологія, радіологія та інші, традиційно користуються невеликим попитом через шкідливість і ризик для здоров'я роботи за вказаними спеціальностями.

Загалом, попит на освітні послуги Львівщини за напрямом «Медицина» є відносно нееластичним. При зростанні вартості навчання у ВМНЗ III–IV рівнів акредитації протягом 2008–2009 рр. в середньому на 3531 грн (31,7%) кількість студентів у зазначених закладах скоротилась на 491 (9,2%). Відповідно коефіцієнт еластичності попиту становив -0,3 (обернена залежність і низька еластичність, оскільки коефіцієнт менший за 1). Це свідчить про те, що на вибір професії медика швидше впливає не вартість навчання, а такі фактори, як соціальний статус і захищеність даних фахівців, перспективи працевлаштування, умови праці тощо.

Низька еластичність попиту на послуги вищої медичної освіти в регіоні пов'язана також із збільшенням обсягу державного замовлення на окремих медичних фахівців (зокрема, за спеціальністю «Лікувальна справа») і розширенням кола абітурієнтів з числа пільгових категорій, які зараховуються поза конкурсом. Це значною мірою стимулює молодь до вступу у ВМНЗ і перешкоджає різкому скороченню кількості студентів. Для прикладу, на 2010/2011 н. р. було заплановано цільовий набір сільської

³⁶ Це зумовлено тим, що тепер абітурієнти можуть подавати копії документів на вступ до кількох ВНЗ з подальшим правом вибору місця навчання. Тому вкінці кожної вступної кампанії багато заяв відсіюється.

Результати вступної кампанії до ВМНЗ III-IV рівнів акредитації

Напрямок підготовки	Форма навчання	Ліцензований обсяг прийому (ос.)			Обсяг державного замовлення (ос.)			
		2008	2009	2010	2008	2009	2010	% ¹⁾
Львівський національний медичний								
7.110101 Лікувальна справа	денна	300	300	300	157	167	195	100
7.110104 Педіатрія	денна	120	120	120	60	109	95	100
7.110105 Медико-профілак- тична справа	денна	90	90	90	90	90	90	100
7.110106 Стоматологія	денна	250	250	250	25	10	4	100
7.110201 Фармація	денна	150	150	150	52	10	4	100
	заочна	150	150	150	0	0	0	-
7.110206 Клінічна фармація	денна	100	100	100	3	3	0	-
6.120101 Сестринська справа	вечір.	50	50	50	5	5	0	-
Львівський								
7.110101 Лікувальна справа	денна	-	150	150	-	-	-	-
7.110106 Стоматологія	денна	-	150	150	-	-	-	-
7.110201 Фармація ²⁾	денна	100	100	100	-	-	-	-
	заочна	100	100	100	-	-	-	-

¹⁾ відсоток виконання плану набору студентів у 2010 році.²⁾ у 2008 році підготовка за напрямом «Фармація» здійснювалась лише до освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» (6.120201 Фармація).

Таблиця 2.5

у Львівській обл. за окремими напрямами підготовки (2008–2010 рр.)

Квоти вступу (ос.)					Кількість заяв від абітурієнтів (од.)	Річна вартість навчання за контрактом (грн)			
поза конкурсом	сільської молоді (за цільовим набором)								
2010	2008	2009	2010	% ¹⁾	2009	2010	2008	2009	2010
університет імені Данила Галицького									
49	38	41	48	100	987	1542	12500	17900	17900
24	16	27	23	100	533	1030	12000	17500	17500
23	19	22	22	95,5	407	785	-	-	-
1	8	3	1	0	385	503	15000	19700	19700
1	2	0	0	-	241	370	10000	14300	14300
150	0	0	0	-	106	144	7500	10200	10200
100	0	0	0	-	60	79	11000	14400	14000
...	0	0	0	-	...	...	4200	4200	4200
медичний інститут									
150	-	-	-	-	43	79	-	12000	13700
150	-	-	-	-	63	79	-	13900	15700
100	-	-	-	-	22	46	8500	8500	10300
100	-	-	-	-	8	27	7300	7200	7500

Джерело: зібрано на основі даних вступної кампанії у 2008–2010 роках і Наказів МОЗ України [61; 189; 190; 194].

молоді у Бориславське та Самбірське медичні училища на спеціальність «Лікувальна справа» по 5 місць у кожний заклад, а обсяг державного цільового замовлення на підготовку за даним напрямом у Львівському національному медичному університеті становив 48 місць, що на 10 місць більше, ніж у 2008 році [166; 190]. Збільшення цільового набору сільської молоді спостерігається і за такими спеціальностями, як «Педіатрія» та «Медико-профілактична справа» (Дод. Е). Варто при цьому зауважити, що за всіма передбаченими напрямками квота цільового набору відповідає встановленим 25% обсягу державного замовлення. Однак, за офіційними даними МОЗ України, протягом останніх вступних кампаній план цільового прийому сільської молоді Львівським національним медичним університетом не було виконано у повному обсязі (фактичне виконання у 2009 році – 82,2%, у 2010 – 97,9%), особливо це стосується педіатричного факультету.

У цілому, вища медична освіта у регіоні розвивається в руслі загальнодержавних стратегічних цілей, напрямків і пріоритетів, визначених національною Концепцією розвитку вищої медичної освіти на період до 2010 року [203]. У даній Концепції передбачені заходи щодо поліпшення якості медичної і фармацевтичної освіти, відновлення престижності професії медика, поліпшення умов навчання та запровадження у навчальний процес інноваційних технологій, посилення соціального захисту викладачів, студентів і молодих фахівців. Так, в рамках практичної реалізації Концепції, окремих наказів Міністерства (№№ 163, 166, 585, 429, 615) та інших нормативних документів, на рівні Львівської області щорічно затверджуються програми фінансування підготовки та професійного розвитку медичних і фармацевтичних кадрів з призначенням ГУОЗ ЛОДА розпорядником наданих коштів (табл. 2.6). Рівень фінансування щороку зростає, однак проблема кадрових диспропорцій і надалі залишається актуальною.

Специфіка сектору охорони здоров'я та зміни, які в ньому відбуваються, складність управління галуззю і важливість кінцевої мети діяльності всієї системи не можуть не позначатися на особливостях професійної підготовки медичних працівників як в країні, так і у Львівському регіоні.

Таблиця 2.6

Регіональні програми обласного бюджету Львівської області у галузі медичної і фармацевтичної освіти на 2008–2010 рр.

Програма	Одержувач коштів	Мета програми	Обсяг фінансування, тис. грн		
			2008	2009	2010
Цільова обласна програма забезпечення підготовки високопрофесійних кадрів для установ та закладів охорони здоров'я	ВМНЗ I-II рівнів акредитації	розвиток вищої медичної і фармацевтичної освіти у регіоні; підвищення якості підготовки медичних фахівців;	23813,8	28287,3	33957,4
Цільова обласна програма забезпечення професійного розвитку медичних працівників	Інші ВМНЗ і заклади післядипломної освіти	забезпечення безперервного професійного розвитку медичних працівників	1549,0	2425,1	2693,0

Джерело: рішення сесій Львівської обласної ради зі змінами [177; 232-233].

Особливості вітчизняної вищої медичної освіти:

- 1) на ринок освітніх послуг суттєво впливає фактор часу, пов'язаний із проблемою прогнозування ВМНЗ потреб ринку праці у медичних фахівцях на певний термін. Це слід врахувати, щоб вже сьогодні запропонувати підготовку кадрів за відповідними спеціальностями, а також стимулювати попит на різні навчальні напрями серед абітурієнтів;
- 2) на сучасному етапі продовжується активна інтеграція вітчизняної медичної освіти у європейський освітній простір та її реформування відповідно до вимог ЄС (нові державні стандарти вищої медичної і фармацевтичної освіти, навчальні плани на кредитно-модульній основі, система ліцензійних інтегрованих іспитів тощо [198; 199; 201; 212; 253]);
- 3) раціональне забезпечення галузі потрібними фахівцями багато в чому залежить від державного замовлення на підготовку медичних кадрів, особливо від рівня і якості

цільового набору сільської молоді, план підготовки яких не виконується у повному обсязі;

- 4) традиційно велике у Львівській області навантаження на професорсько-викладацький склад за останній період почало зменшуватись – сьогодні співвідношення між кількістю викладачів і студентів у ВМНЗ III-IV рівнів акредитації за напрямом «Медицина» становить 1:4, не відповідаючи нормативно встановленому і підтвердженому європейським досвідом співвідношенню на рівні 1:6 [179];
- 5) платна форма навчання у ВМНЗ Львівщини (зокрема, в університеті) є найдорожчою в Україні, це обмежує доступ мешканців інших міст та областей до регіонального ринку вищої медичної освіти. Для іногородніх студентів у вартість освіти входить не лише оплата за навчання, але також і транспортні витрати, витрати на проживання за місцем навчання та харчування.

Комерціалізації сприяє також скорочення квоти цільового державного кредитування здобуття вищої освіти. Наприклад, обсяг такого виду кредитування на 2009/2010 н. р. для Львівського національного медичного університету скоротився порівняно з квотою на 2004/2005 н. р. на 6,5% і становив всього 24495 грн, незважаючи на суттєве збільшення вартості навчання [248-249].

У зв'язку із реформуванням вітчизняної медичної та фармацевтичної освіти в контексті Болонського процесу сьогодні у цій сфері існує низка проблем як національного, так і регіонального рівнів. До проблемних питань належать:

- повільне створення потужних університетських клінічних баз (лікарень, клінік та центрів)³⁷ у ВМНЗ, що не дозволяє відводити 60% навчального часу на самостійну роботу студентів, як цього вимагають нормативні документи МОН України, з метою зниження теоретизованості навчального процесу і поліпшення практичної підготовки медичних фахівців;

³⁷ Позитивним зрушенням у цьому питанні стало створення у 2009 році сучасного Університетського стоматологічного центру при Львівському національному університеті імені Данила Галицького (на базі обласної стоматологічної поліклініки).

- неприйнятність збільшення частки дисциплін за вибором студента до 25% (в силу специфіки підготовки медиків), що визначено наказом МОН України № 101 від 10 лютого 2010 р. [253];
- невисока мотивація до запровадження засад Болонського процесу у професорсько-викладацького складу ВМНЗ, значну частку якого складають особи пенсійного віку;
- обмежене бюджетне фінансування науково-дослідних робіт у ВМНЗ та науково-дослідних установах, яке станом на початок 2010 року на Львівщині складало лише 0,64% галузевого бюджету області (9,5 млн грн) – на 0,08 п.п. менше, ніж у 2006 р. [104, с. 17; 125, с. 43; 287, с. 14, 18].

Зазначена вище проблема негативно впливає на важливу складову кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я – науковців. Від результатів їхніх фундаментальних і прикладних досліджень та наукових розробок залежить розвиток медичної науки, освіти і практичної медицини, а також авторитет вітчизняної охорони здоров'я у світі.

Сьогодні досить гострою є проблема кадрового забезпечення медичної науки, оскільки щороку відзначається тенденція відтоку науковців з аспірантури. Це, в свою чергу, приводить до нераціонального використання коштів державного бюджету, перешкоджає оновленню науково-педагогічних кадрів. Негативні тенденції спостерігаються і у Львівському регіоні, про що свідчить динаміка показників наукового потенціалу галузі, представлена у табл. 2.7. Хоча серед регіонів України Львівщина традиційно займає одне з провідних місць за чисельністю і рівнем підготовки наукових та науково-педагогічних працівників вищої кваліфікації, протягом останніх років спостерігається скорочення прийому до аспірантури і докторантури, зменшення загальної чисельності наукового персоналу (за рахунок дослідників і техніків), недостатній рівень фінансування науково-дослідних робіт у галузі, наслідком чого є трудова еміграція передових кадрів і збільшення науковців пенсійного віку.

Від'ємні базисні темпи приросту більшості показників свідчать про погіршення науково-інноваційного потенціалу Львівщини у галузі медицини.

Науково-інноваційний потенціал Львівської області

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	2	3	4	5	6	7	8
Загальна чисельність наукового персоналу в НДУ (ос.),	335	327	310	319	319	320	324
з них: - дослідників	175	167	155	166	165	170	172
- техніків	49	49	31	41	40	34	38
- доп. персоналу	54	56	60	56	62	64	60
- інших працівників	57	55	64	56	52	52	53
К-сть штатних фахівців, які виконували наукові та науково-технічні роботи (ос.)	224	216	186	207	205	204	210
з них: - докторів наук	9	10	10	11	12	12	12
- кандидатів наук	68	66	61	63	64	64	66
К-сть сумісників, які виконували наукові та наук.-техн. роботи (ос.)	751	802	820	749	746	758	784
з них: - докторів наук	103	113	116	114	120	126	132
- кандидатів наук	602	645	648	603	610	609	629
К-сть осіб, прийнятих до аспірантури (ос.)	24	14	24	18	15	13	14
К-сть аспірантів (ос.)	73	73	73	73	71	69	59
К-сть осіб, випущених з аспірантури (ос.)	14	12	21	16	18	14	24
К-сть осіб, прийнятих до докторантури (ос.)	1	-	-	-	2	2	-
К-сть докторантів (ос.)	-	1	1	1	2	4	4
К-сть осіб, випущених із докторантури (ос.)	-	-	-	-	1	-	-
К-сть докторів медичних наук, зайнятих в економіці (ос.)	98	101	102	106	107	110	113
К-сть кандидатів медичних наук, зайнятих в економіці (ос.)	581	597	604	624	656	679	654
Обсяг наукових та науково-технічних робіт, виконаних НДУ (тис. грн)	10779,6	9424,0	12994,7	8516,7	8380,4	11195,5	11895,7

Таблиця 2.7

у галузі медичних наук (на початок року)

2005		2006		2007		2008		2009		2010	
баз.	ланц.	баз.	ланц.	баз.	ланц.	баз.	ланц.	баз.	ланц.	баз.	ланц.
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
-2,4	-2,4	-7,5	-5,2	-4,8	2,9	-4,8	0	-4,5	0,3	-3,3	1,3
-4,6	-4,6	-11,4	-7,2	-5,1	7,1	-5,7	-0,6	-2,9	3,0	-1,7	1,2
0,0	0,0	-36,7	-36,7	-16,3	32,3	-18,4	-2,4	-30,6	-15,0	-22,4	11,8
3,7	3,7	11,1	7,1	3,7	-6,7	14,8	10,7	18,5	3,2	11,1	-6,3
-3,5	-3,5	12,3	16,4	-1,8	-12,5	-8,8	-7,1	-8,8	0,0	-7,0	1,9
-3,6	-3,6	-17,0	-13,9	-7,6	11,3	-8,5	-1,0	-8,9	-0,5	-6,3	2,9
11,1	11,1	11,1	0	22,2	10,0	33,3	9,1	33,3	0,0	33,3	0,0
-2,9	-2,9	-10,3	-7,6	-7,4	3,3	-5,9	1,6	-5,9	0,0	-2,9	3,1
6,8	6,8	9,2	2,2	-0,3	-8,7	-0,7	-0,4	0,9	1,6	4,4	3,4
9,7	9,7	12,6	2,7	10,7	-1,7	16,5	5,3	22,3	5,0	28,2	4,8
7,1	7,1	7,6	0,5	0,2	-6,9	1,3	1,2	1,2	-0,2	4,5	3,3
-41,7	-41,7	0	71,4	-25,0	-25,0	-37,5	-16,7	-45,8	-13,3	-41,7	7,7
0	0	0	0	0	0	-2,7	-2,7	-5,5	-2,8	-19,2	-14,5
-14,3	-14,3	50,0	75,0	14,3	-23,8	28,6	12,5	0	-22,2	71,4	71,4
-	-	-	-	-	-	100,0	-	100,0	0	-	-
-	-	-	0	-	0	-	100,0	-	100,0	-	0
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3,1	3,1	4,1	1,0	8,2	3,9	9,2	0,9	12,2	2,8	15,3	2,7
2,8	2,8	4,0	1,2	7,4	3,3	12,9	5,1	16,9	3,5	12,6	-3,7
-12,6	-12,6	20,5	37,9	-21,0	-34,5	-22,3	-1,6	3,9	33,6	10,4	6,3

Продовження табл. 2.7

1	2	3	4	5	6	7	8
у т. ч. за видами робіт:							
- фундаментальні дослідження	554,8	657,6	1132,0	1256,1	1481,0	3089,1	3538,9
- прикладні дослідж.	9744,9	8261,9	11239,1	6229,7	6055,3	6789,7	7218,2
- розробки	-	-	-	346,5	90,2	114,0	75,5
- науково-техн. послуги	479,9	504,5	623,6	684,4	753,9	1202,7	1063,1
К-сть охоронних документів (патентів), отриманих на об'єкти інтелектуальної власності (од.)	-	-	2	-	-	-	-
К-сть використаних винаходів, корисних моделей і рацпропозицій у галузі (од.)	-	-	4	4	4	-	-
Обсяг витрат на наукові дослідження і розробки (тис. грн)	2917,5	3383,9	5026,9	8518,4	8380,4	11195,5	11926,1
з них за рахунок:							
- державного бюджету	2240,9	2651,5	4087,5	7966,2	7683,1	9452,4	9491,6
- власних коштів	329,4	377,3	454,7	-	-	670,8	659,9
- коштів замовників	343,2	342,6	474,7	544,1	623,5	1060,1	975,1
- інших джерел	4,0	12,5	10,0	8,1	73,8	12,2	799,5
Частка, що скеровується на наукові дослідження і розробки (%):							
- у структурі ВРП області ¹⁾	0,03	0,02	0,03	0,04	0,03	0,03	0,04
- у відношенні до обласного бюджету галузі ²⁾	0,64	0,62	0,72	1,06	0,78	0,72	0,64
Обсяг витрат за видами робіт, виконаних НДУ ³⁾ (тис. грн):							
- фундаментальні дослідження	541,8	691,6	997,7	1256,1	1481,0	3089,1	3538,9
- прикладні дослідження	1799,8	2139,6	2980,1	3778,2	5436,4	6178,7	6628,2
- розробки	-	-	-	248,2	90,2	114,0	75,5
- науково-техн. послуги	502,9	498,7	652,5	684,4	753,9	1202,7	1093,5

¹⁾ частка усіх витрат.²⁾ частка витрат державного бюджету.³⁾ до витрат включають витрати на оплату праці, матеріальні витрати, капітальні вкладення та інші поточні витрати.

Скорочення: ВРП – валовий регіональний продукт. НДУ – науково-дослідні установи.

«баз.» – базисний темп приросту у % (порівняно зі станом на 1 січня 2004 року).

«ланц.» – ланцюговий темп приросту у % (відносно попереднього періоду).

9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
18,5	18,5	104,0	72,1	126,4	11,0	166,9	17,9	456,8	108,6	537,9	14,6
-15,2	-15,2	15,3	36,0	-36,1	-44,6	-37,9	-2,8	-30,3	12,1	-25,9	6,3
-	-	-	-	-	-	-	-74,0	-	26,4	-	-33,8
5,1	5,1	29,9	23,6	42,6	9,7	57,1	10,2	150,6	59,5	121,5	-11,6
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	0	-	0	-	-	-	-
16,0	16,0	72,3	48,6	192,0	69,5	187,2	-1,6	283,7	33,6	308,8	6,5
18,3	18,3	82,4	54,2	255,5	94,9	242,9	-3,6	321,8	23,0	323,6	0,4
14,5	14,5	38,0	20,5	-	-	-	-	103,6	-	100,3	-1,6
-0,2	-0,2	38,3	38,6	58,5	14,6	81,7	14,6	208,9	70,0	184,1	-8,0
212,5	212,5	150,0	-20,0	102,5	-19,0	1745,0	811,1	205,0	-83,5	19887,5	6453,3
-33,3	-33,3	0,0	50,0	33,3	33,3	0	-25,0	0	0	33,3	33,3
-3,1	-3,1	12,5	16,1	65,6	47,2	21,9	-26,4	12,5	-7,7	0	-11,1
27,6	27,6	84,1	44,3	131,8	25,9	173,3	17,9	470,2	108,6	553,2	14,6
18,9	18,9	65,6	39,3	109,9	26,8	202,1	43,9	243,3	13,7	268,3	7,3
-	-	-	-	-	-	-	-63,7	-	26,4	-	-33,8
-0,8	-0,8	29,7	30,8	36,1	4,9	49,9	10,2	139,2	59,5	117,4	-9,1

Джерело: [290; 122, с. 14-15, 18, 25-28, 31, 34-38, 44-49, 57,59; 123, с. 14-15, 18-19, 25-28, 30-31, 34, 36, 39, 49-50, 52-54, 58-60; 124, с. 14, 18, 25-28, 30-31, 34, 36, 39, 45-50; 59, с. 64, 70; 125, с. 13-15, 18-19, 25-26, 30-31, 34-35, 38, 40, 43, 53-54, 57-58, 63-64; 60, с. 64, 70].

Межі коливання базисного темпу приросту (скорочення) становлять від 0 до 19887,5%, а ланцюгового – відповідно 0–6453,3%. Протягом аналізованого періоду найбільший базисний приріст спостерігався на початку 2010 року за обсягом витрат на наукові дослідження і розробки у галузі медицини за рахунок інших джерел, до яких відносять кредити, спонсорську допомогу та інші не заборонені чинним законодавством джерела. При цьому, варто зауважити, що обсяг наукових робіт, виконаних науково-дослідними установами області станом на 1 січня 2010 року, зріс порівняно з 2004 роком лише на 10,4% (а обсяг прикладних досліджень навіть скоротився). Це, на нашу думку, пов'язано зі зменшенням загальної чисельності наукового персоналу у галузі (до 324 осіб на початку 2010 року) та низькою часткою державного фінансування наукових досліджень і розробок у медицині (0,64% у відношенні до обласного бюджету охорони здоров'я), що виконувалися в рамках державних цільових програм. У свою чергу, найбільші темпи скорочення помітно за чисельністю осіб, прийнятих до аспірантури (14 осіб станом на початок 2010 року, що на 41,7% менше порівняно з кількістю прийнятих осіб на початку 2004 року).

Загалом, до складу державних науково-дослідних установ області входять два наукові інститути Національної академії медичних наук України, які знаходяться у Львові (зокрема, Інститут патології крові та трансфузійної медицини та Інститут спадкової патології), а також установа в системі Міністерства охорони здоров'я України – Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни. Крім того, підготовку наукових кадрів та проведення наукових досліджень реалізує і Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького як єдиний у регіоні державний ВМНЗ найвищого рівня акредитації із власним науковим відділом, науково-дослідними лабораторіями, віварієм тощо. Перелічені організації є джерелом формування науково-інноваційного потенціалу Львівської області у галузі медичних наук. Від рівня та якості їхнього матеріально-технічного, кадрового і фінансового забезпечення залежить майбутнє вітчизняної медицини – як на фундаментальному, так і на прикладному рівнях.

2.3. Оцінка регіональних тенденцій розподілу людських ресурсів у сфері охорони здоров'я

Наступним важливим напрямком кадрової політики у сфері охорони здоров'я регіону є підсистема розподілу (залучення, розміщення і вивільнення) кадрів. Результатом організації та функціонування даної підсистеми є якість кадрового забезпечення галузі на різних рівнях і ділянках роботи, а також раціональність використання реальних людських ресурсів.

У той же час стан кадрового забезпечення охорони здоров'я об'єктивно пов'язаний із загальною демографічною ситуацією і тенденціями зайнятості населення у Львівській області, сформованими за останні роки, які, ймовірно, зберігатимуться і в перспективі. Серед найважливіших регіональних тенденцій можна виділити такі:

- стрімка депопуляція через високий рівень смертності населення та низьку народжуваність (за останні 10 років Львівщина втратила 93,2 тис. осіб, а порівняно з 1990 роком – майже 198 тисяч мешканців; рівень смертності з 2000 року коливається в межах 12,2–13,7 осіб на 1000 населення, а народжуваність – в межах 8,9–11,8 осіб відповідно);
- посилення урбанізаційних процесів (сьогодні 60,8% населення області складають міські жителі, що на 0,8 п.п. більше порівняно з 2000 роком);
- зростання частки осіб похилого віку у складі робочої сили (відношення осіб 60 років і старших до населення працездатного віку на початок 2010 року складало 31,4%);
- скорочення частки молоді в складі зайнятого населення (відношення осіб, молодших 16 років, до населення 16–59 років на початку 2010 року скоротилося до 27,8%, при тому, що до 2004 р. питома вага молоді в структурі населення працездатного віку перевищувала частку осіб похилого віку);
- збільшення чисельності зайнятих у сфері управління (за даними МОН молодьспорту України 9 з 10 випускників шкіл обирають вищу освіту економічного та юридичного спря-

мування) і зменшення частки осіб, котрі працюють безпосередньо у виробництві;

- зростання безробіття населення у віці 15–70 років під впливом світової соціально-економічної нестабільності (на початку 2010 року рівень безробіття у регіоні становив 8,2% – на 0,6 п.п. більше порівняно з показником 2008 року);
- високий рівень еміграції населення області, про що свідчить від'ємне сальдо зовнішньої міграції у 2010 році (-876 осіб) та у попередні роки;
- погіршення індексу людського розвитку у Львівській області (у 2000 р. регіон займав 5 місце у рейтингу областей України за даним індексом, а в 2010-му – 12 позицію, частково за рахунок зниження рейтингового місця за показником стану й охорони здоров'я мешканців Львівщини порівняно з іншими регіонами) [103, с. 338; 158, с. 37; 274, с. 14; 287, с. 33, 155; 290].

Загалом демографічна криза і складні соціально-економічні умови мають величезний вплив на кадровий потенціал у будь-якому секторі економіки, в тому числі й у системі охорони здоров'я.

Результатом політики зайнятості у сфері охорони здоров'я регіону, як складової кадрової політики, є різні види розподілу людських ресурсів у галузі, зокрема: статеві-віковий, територіальний (міжрегіональний і внутрішньорегіональний), освітній, професійно-кваліфікаційний, штатний, організаційний (за структурними ланками системи охорони здоров'я) та інші. Аналіз даних за кожним видом розподілу дозволить виявити диспропорції у кадровому забезпеченні галузі, а також знайти «вузькі місця» сьогоденної кадрової політики у сфері охорони здоров'я Львівського регіону.

Узагальнена структура людських ресурсів за різними ознаками розподілу свідчить про те, що система охорони здоров'я Львівщини є на 81% «жіночою» галуззю з великою часткою осіб пенсійного (22–23%) і передпенсійного (11–12%) віку, з переважанням середнього персоналу в структурі медичних кадрів. Загалом, 60% зайнятого у галузі населення у віці 15–70 років – це медичні фахівці (у тому числі й молодший персонал), з них: 30,9% лікарів, 0,1% зубних лікарів, 3,6% провізорів, 2,1% фармацевтів,

59,0% середнього та 4,4% молодшого медичного персоналу. Це пояснює той факт, чому більшість працівників мають неповну/базову вищу (40%) або середню спеціальну (38%) освіту (Дод. Е). У свою чергу, розподіл кадрів за типом місцевості вказує на низький рівень забезпеченості сіл та селищ області лікарями і середнім персоналом – відповідно 16 і 27% загальної кількості працівників у районах (Дод. З).

Динаміка чисельності лікарів і середнього медичного персоналу протягом 1960–2010 рр. свідчить про стійку тенденцію до зростання як абсолютних, так і відносних (у розрахунку на 10 тисяч населення) показників (рис. 2.3).

Інтенсивне зростання спостерігалось до 1995 року, коли кількість лікарів досягла рівня 51,8 осіб на 10 тисяч мешканців області, а чисельність середнього медичного персоналу – відповідно 111,2 осіб. З 1995 року рівень показників коливається несуттєво – в межах 51,3–59,5 і 109,5–120,3 осіб на 10 тисяч населення. При цьому кількість середнього медичного персоналу, на відміну від лікарів, за останні роки почала зменшуватись і в 2010 році становила 28,5 тисяч осіб (112,8 на 10 тис. мешканців). Така ситуація негативно впливає на професійну структуру працівників галузі, формуючи значні диспропорції.

Незважаючи на те, що чисельність лікарських кадрів у регіоні з кожним роком зростає і сьогодні налічує біля 15 тис. осіб, забезпечення галузі лікарями є проблематичним. Це пов'язано з особливістю вітчизняної методики розрахунку зазначеного показника. Так, до кількості лікарів включаються всі лікарі з вищою медичною освітою, які зайняті у лікувальних, санаторно-курортних, санітарних закладах, установах соціального захисту, освіти, науково-дослідних інститутах, закладах, що здійснюють підготовку кадрів, в апараті органів охорони здоров'я тощо. Крім того, у зазначеному показнику враховуються як лікарі-стоматологи з вищою освітою, так і зубні лікарі (дантисти), які мають середню медичну освіту [286, с. 156]. У випадку середніх медичних працівників – ситуація аналогічна. Такий підхід до обчислення чисельності медичного персоналу не інформує про реальний рівень забезпечення галузі практикуючими лікарями чи медсестрами, які безпосередньо задіяні у лікувальному процесі, і чисельність

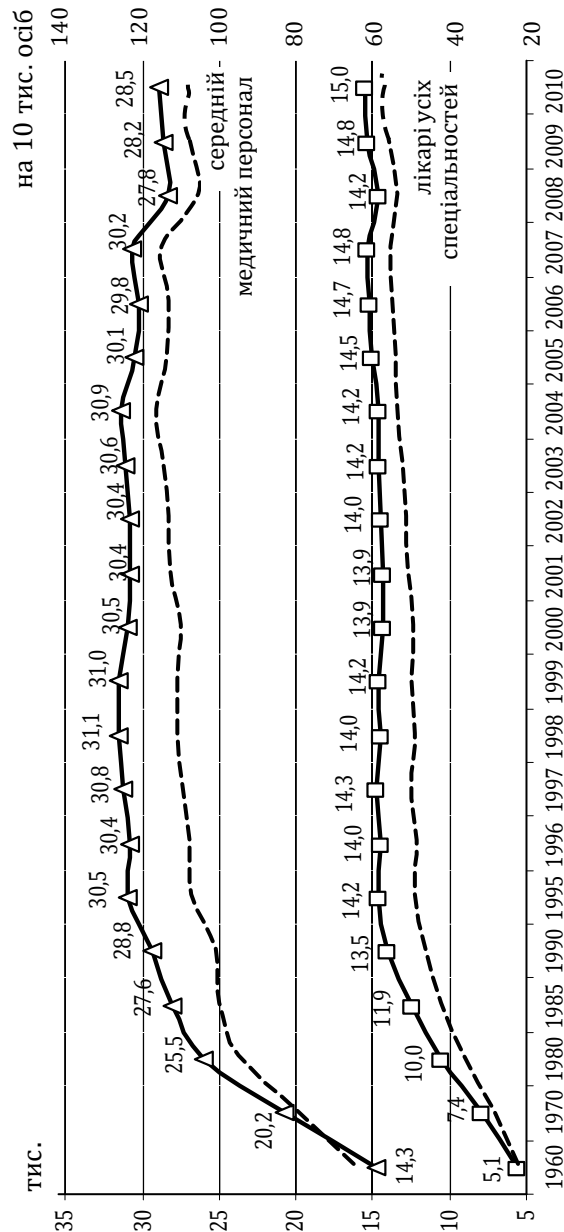


Рис. 2.3. Кількість лікарів та середнього медичного персоналу на Львівщині в абсолютному вимірі (ліва шкала) та в розрахунку на 10 000 населення (права шкала)

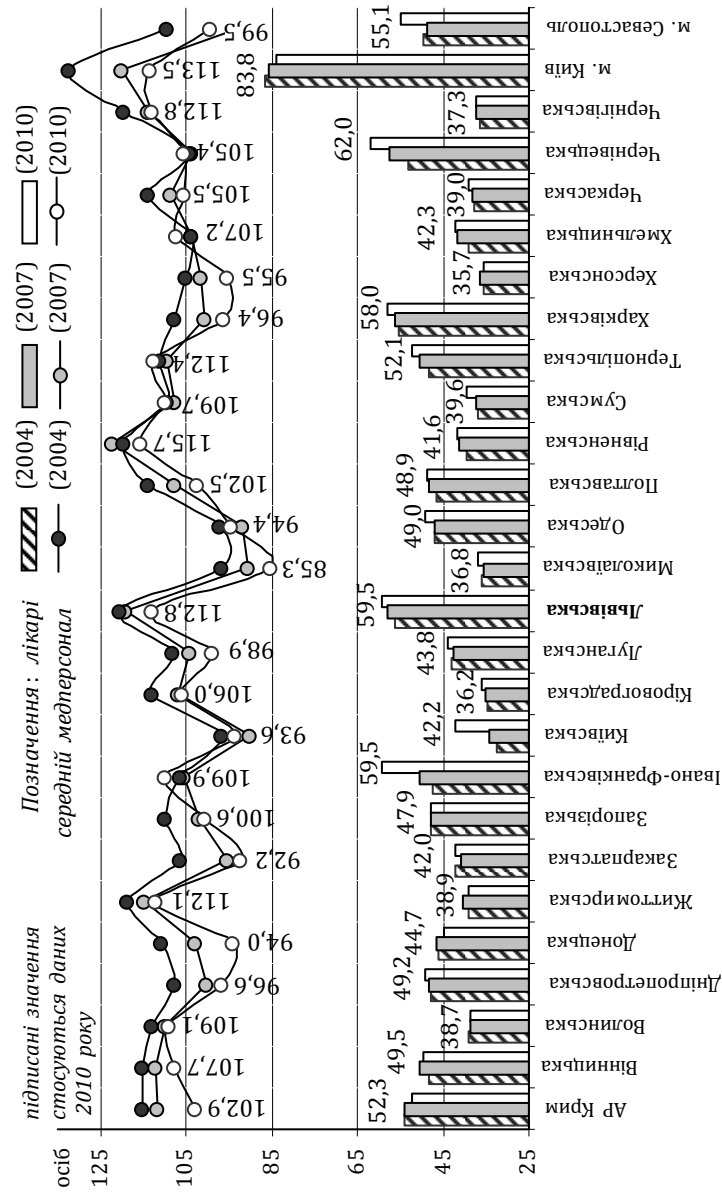
Джерело: статистичні дані за 1960–2010 роки [104, с. 130; 287, с. 12, 48, 50; 290; 297, с. 304].

яких, за твердженням експертів, щороку скорочується. Це доводить проведений автором аналіз забезпечення національної системи охорони здоров'я людськими ресурсами, а також порівняння галузевих кадрових показників в Україні та Польщі [367]. Виявлені у ході порівняльного аналізу розбіжності у вітчизняній та закордонній методології збору й інтерпретації статистичних даних унеможливають міждержавні та міжрегіональні співставлення багатьох показників. Як наслідок, ускладнюється процес оцінки реальних тенденцій зміни кадрової ситуації, особливо на рівні регіону. Саме з цим пов'язаний дефіцит кадрів (т. зв. «кадровий голод») у системі охорони здоров'я.

Важливою складовою дослідження людських ресурсів системи охорони здоров'я є міжрегіональний і внутрішньорегіональний аналіз. Так, зокрема, у 2010 році чітко простежувались регіональні відмінності у галузевому кадровому забезпеченні. Зауважимо, що і в динаміці регіональна диференціація зберігається (рис. 2.4).

Зменшення забезпеченості населення середнім медичним персоналом зумовлено падінням престижності професії середнього медичного працівника. Багато медичних сестер залишають сферу охорони здоров'я на користь інших секторів економіки (або праці за кордоном) перш за все через низьку заробітну плату і відсутність можливостей кар'єрного зростання. У 2010 році найнижчий рівень забезпеченості регіонів середнім медичним персоналом (менше 95 осіб на 10 тисяч мешканців) спостерігався у Донецькій (94,0), Закарпатській (92,2), Київській (93,6), Миколаївській (85,3) та Одеській (94,4) областях. Найвищий рівень – на Рівненщині (115,7 осіб). Львівська область (112,8 осіб) увійшла до групи найкраще забезпечених середнім медперсоналом регіонів і областей з найбільшою відносною чисельністю лікарських кадрів (59,5 осіб на 10 тисяч населення станом на кінець 2010 року).

Як відомо з теорії систем, надійність та стійкість будь-якої системи визначається її найслабшою ланкою («закон найменших» О. Богданова) [74, с. 100]. Тому, знайшовши цю ланку («вузьке місце») в системі міжрегіонального і внутрішньорегіонального кадрового забезпечення галузі, і спрямувавши на неї зусилля, можна досягти необхідного ефекту з мінімумом затрат. У міжрегіональному розрізі Львівщина є однією із найсильніших ланок за чисельністю медич-



Джерело: статистичні дані за відповідні роки [263, с. 300, 302; 290; 301, с. 471-472].

Рис. 2.4. Кількість лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу на 10 000 населення у 2004–2010 рр. (міжрегіональний аналіз)

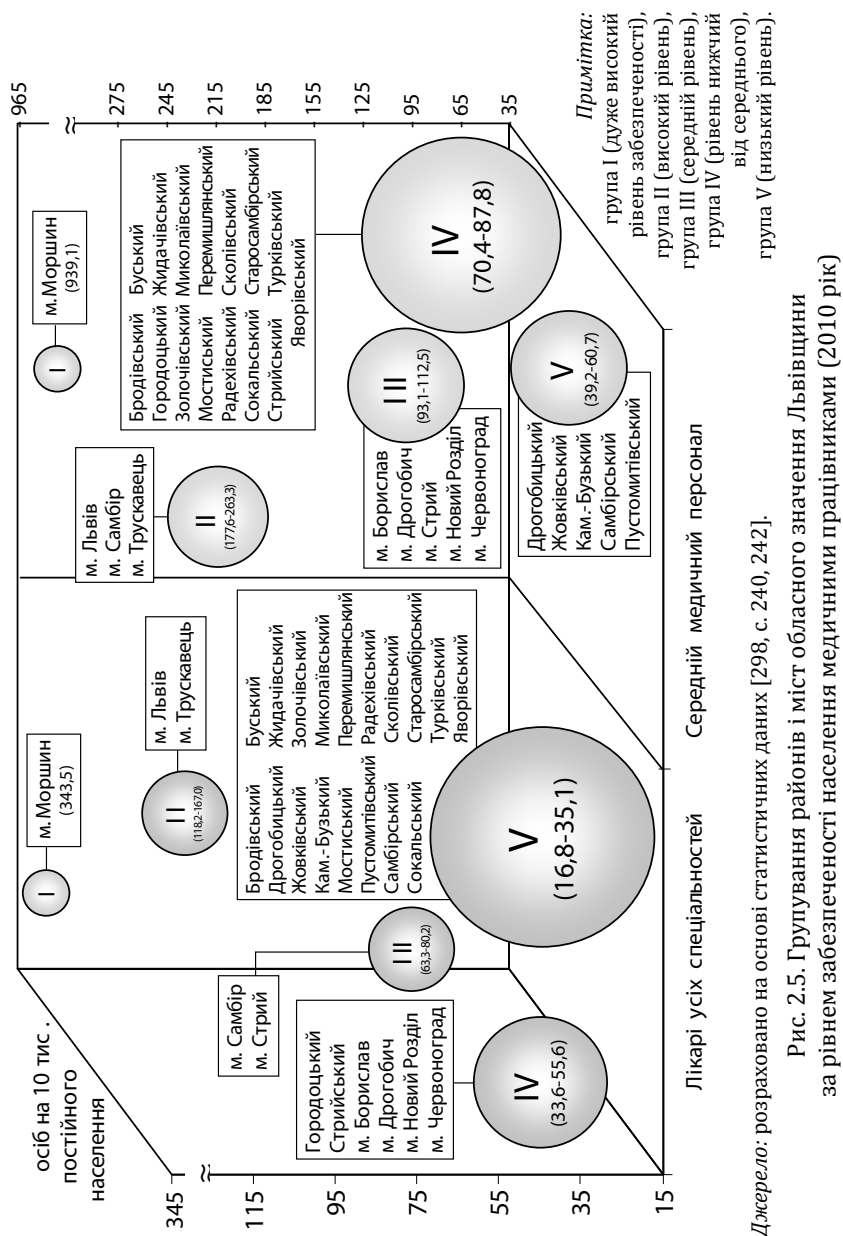
ного персоналу в абсолютному й відносному вимірах. Стосовно внутрішньорегіонального розподілу працівників, то основними чинниками, які зумовлюють забезпеченість населення районів Львівської області медичними кадрами, є, безперечно, демографічна ситуація, особливості розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні, а також характер економічного розвитку, наявність санаторно-курортних закладів, розгалужена мережа науково-дослідних установ, наявність медичних університетів, спеціалізованих медичних закладів. Детальний аналіз внутрішньорегіональної кадрової ситуації дав можливість сформулювати групи районів і міст обласного значення (кластери) за показником відносної кількості медичних працівників і виявити найслабші ланки у системі галузевого кадрового забезпечення Львівського регіону (рис. 2.5). Динаміка кадрової ситуації з 1990 по 2010 роки в розрізі міст і районів області представлена у Дод. Ж.

Для упорядкування вихідних даних у порівняно однорідні групи було проведено кластеризацію за методом *K*-середніх (*K-means clustering*) і перевірено достовірність результатів аналізу. Загалом, метод *K*-середніх відноситься до ітеративних методів групування, суть яких полягає в тому, що процес групування об'єктів розпочинається з окреслення певних початкових умов. Основна перевага методу *K*-середніх, на думку професора С. І. Шелобаєва, – це можливість управління кількістю груп (*K*), на які повинна розшаруватися сукупність однорідних об'єктів [336, с. 183].

Кластеризація відбувалась шляхом визначення за допомогою програми Statistica 6.0 евклідових відстаней³⁸ об'єктів спостереження (районів та міст області) від центрів (середніх значень) відповідних кластерів. Це дозволило не лише сформувати кластери, але й ідентифікувати потенційно «погані» елементи в межах кожної групи, тобто такі об'єкти, що дуже далеко розташовані від центру кластера.

У ході дослідження виявлено значні внутрішньорегіональні диспропорції. Так, рівень забезпеченості лікарями у 2010 році коливався від 16,8 осіб на 10 тисяч мешканців у Самбірському

³⁸ Евклідова відстань (метрика) є найбільш поширеною мірою близькості (схожості), що використовується при класифікації об'єктів чи змінних.



райони (група V) до 343,5 осіб у м. Моршині (група I) з розмахом варіації у 326,7 осіб. У свою чергу, найнижчий рівень забезпеченості середнім медичним персоналом спостерігався у Пустомитівському районі – 39,2 осіб на 10 тисяч населення (група V), а найвищий – у м. Моршині (939,1 осіб, розмах – 899,9 осіб), яке є об'єктом першої групи. Велика кількість медичних працівників у розрахунку на 10 тисяч постійного населення характерна і для таких міст, як Львів, Трускавець і Самбір, котрі увійшли до групи II. При цьому Самбір увійшов до даної групи лише за рівнем забезпеченості середнім медперсоналом, що пояснюється наявністю у місті медичного училища, а Львів, як обласний центр і місто з найбільшою кількістю ВМНЗ у регіоні та потужною галузевою інфраструктурою, має високий рівень забезпеченості населення медичними працівниками обох професійних груп.

Значне кадрове забезпечення галузі у Моршині і Трускавці пов'язане головним чином з тим, що це міста з потужним оздоровчо-рекреаційним потенціалом, у санаторно-курортних закладах яких зайнята велика кількість медичних працівників (особливо середнього персоналу). При цьому велика частка фахівців задіяна у відомчих санаторіях, підпорядкованих Міністерству оборони, Міністерству внутрішніх справ, Міністерству палива та енергетики тощо.

«Вузькою ланкою» системи кадрового забезпечення районів та міст обласного значення у Львівському регіоні є група (кластер) V, до якої за відносною чисельністю лікарів увійшло 62,1% об'єктів спостереження, а за кількістю середнього персоналу – відповідно 17,2%. Детальні результати кластерного аналізу подані у табл. 2.8.

Середній рівень забезпеченості кадрами (група III) було визначено на основі відповідного показника в цілому по області. Так, загальна кількість лікарів усіх спеціальностей на Львівщині станом на кінець 2010 року становила 59,5 осіб на 10 тисяч мешканців, а середнього медперсоналу – 112,8 осіб [298, с. 240, 242]. Відповідно найближчими до даних значень є центри (середні значення) третьої групи.

Достатньо інформативним є також коефіцієнт осциляції (відносний розмах варіації), котрий відображає відносне коливання крайніх значень ознаки (меж інтервалу) навколо середнього (\bar{x}).

Таблиця 2.8
Результати кластеризації районів та міст обласного значення (об'єктів спостереження) за рівнем забезпеченості населення Львівщини медичними кадрами у 2010 році (за методом К-середніх)

Кластер	Рівень забезпеченості кадрами (на 10 тис. населення)	Забезпеченість лікарями						Забезпеченість середнім медперсоналом					
		межі інтервалу ($x_{\min} - x_{\max}$)	центр кластера (\bar{x})	стандартне відхилення (σ)	коефіцієнт осциляції (V_R)	коефіцієнт варіації (V_σ)	частка об'єктів у сукупності, %	межі інтервалу ($x_{\min} - x_{\max}$)	центр кластера (\bar{x})	стандартне відхилення (σ)	коефіцієнт осциляції (V_R)	коефіцієнт варіації (V_σ)	частка об'єктів у сукупності, %
I	дуже високий	343,5	343,5	0	0	0	3,4	939,1	939,1	0	0	0	3,4
II	високий	118,2–167,0	142,6	34,5	34,2	24,2	6,9	177,6–263,3	217,9	43,1	39,3	19,8	10,3
III	середній	63,3–80,2	71,8	12,0	23,6	16,7	6,9	93,1–112,5	105,5	7,9	18,4	7,5	17,2
IV	нижчий від середнього	33,6–55,6	43,1	8,5	51,0	19,7	20,7	70,4–87,8	77,4	6,0	22,5	7,8	51,7
V	низький	16,8–35,1	26,0	4,3	70,3	16,6	62,1	39,2–60,7	52,5	8,1	40,9	15,4	17,2

Джерело: розраховано на основі статистичних даних [298, с. 240, 242].

Даний коефіцієнт дозволяє порівняти ступінь варіації різних груп (кластерів) та охарактеризувати однорідність загальної сукупності. Коефіцієнт осциляції (V_R) розраховувався за формулою [41, с. 21]:

$$V_R = \frac{R}{\bar{x}} \cdot 100\%, \quad (2.6)$$

де $R = x_{\max} - x_{\min}$ (розмах варіації).

Найбільший відносний розмах варіації спостерігається за групою V (70,3% за рівнем забезпеченості лікарями і 40,9% – середнім медперсоналом), до якої належать райони і міста з найгіршим кадровим забезпеченням (Бродівський, Буський, Дрогобицький, Жидачівський, Жовківський, Золочівський, Кам'янка-Бузький, Миколаївський, Мостиський, Перемишлянський, Пустомитівський, Радохівський, Самбірський, Сколівський, Сокальський, Старосамбірський, Турківський і Яворівський райони). Однак ступінь однорідності групи точніше можна оцінити за наступним показником. Так, для кожного кластера було обчислено коефіцієнт варіації (V_σ), який характеризує долю усередненого значення відхилень від середньої величини (формула 2.7) [41, с. 21; 347].

$$V_\sigma = \frac{\sigma}{\bar{x}} \cdot 100\%. \quad (2.7)$$

У статистиці неоднорідними вважаються сукупності, що мають коефіцієнт варіації більший 33–35%. Зазначений коефіцієнт для кожної групи, за нашими підрахунками, не перевищує 33% і становить від 0 до 24,2%, що свідчить про однорідність складу сформованих кластерів і достовірність результатів аналізу.

Сьогодні наявні як територіальний дисбаланс у показниках забезпеченості населення медичними кадрами, так і неоднорідність у професійно-кваліфікаційній структурі. У Львівській області, як і в багатьох інших регіонах, існує проблема невідповідності співвідношення між лікарями та середнім медичним персоналом (*doctor-to-nurse ratio*) міжнародним стандартам та потребам галузі. Зазначимо, що відповідно до рекомендацій експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я оптимальним вважається

співвідношення кількості лікарів і середнього персоналу на рівні 1:4 – 1:5 (у випадку відношення кількості лікарів до медичних сестер – 1:3) [359, с. 144]. У Львівському регіоні даний показник фіксується на рівні приблизно 1:2 (1:1,4–1,5 – співвідношення між лікарями та медичними сестрами (Дод. Д)) і є набагато нижчим від нормативного.

Статистичні дані, наведені у табл. 2.9, свідчать про те, що співвідношення чисельності лікарів і середніх медичних працівників у більшості районів і міст області щороку скорочується, віддаляючи тим самим Львівщину від визнаних світовою спільнотою стандартів. У 2010 р. (як і в попередні роки) найбільшою була пропорція у Турківському (1:3,7) і Старосамбірському (1:3,6) районах, однак все рівно ці значення не відповідають нормі. А найкритичнішою ситуація залишається у Пустомитівському районі (1:1,7), в Стрию (1:1,7), а також у Львові (1:1,5). Що ж стосується ситуації у Львові, то надзвичайно велика кількість лікарів (удвічі більша за середню чисельність по області) і високий рівень забезпеченості середнім медичним персоналом (у 1,6 рази вищий за середньообласний) привели до зазначеної диспропорції і певного надлишку лікарських кадрів.

Професійно-кваліфікаційний розподіл медичних кадрів (фізичних осіб), зайнятих у сфері охорони здоров'я області, представлено на рис. 2.6 і 2.7. Динаміка рівня забезпеченості лікарями за десять років є різною: чисельність більшої половини фахівців у розрахунку на 10 тисяч населення зростає (хірурги, акушери-гінекологи, невропатологи, епідеміологи, сімейні лікарі) або суттєво не змінилась (отоларингологи, психіатри і наркологи, фтизіатри, дермато-венерологи); частина лікарських кадрів скоротилася (терапевти, педіатри, офтальмологи, рентгенологи і радіологи, лікарі з лікувальної фізкультури (ЛФК) і спортивної медицини, стоматологи, зубні лікарі) у зв'язку зі зміною потреб галузевого ринку праці або внаслідок зниження престижності окремих спеціальностей. Найбільше скорочення фахівців спостерігається у терапевтичній службі – 3,5 осіб на 10 тисяч населення (26% зменшення за десять аналізованих років), а максимальне зростання – у сімейній медицині (на 2,2 осіб або 446%). Скорочення кількості лікарів перелічених спеціальностей обмежує доступ населення

Таблиця 2.9

Кількість середнього медичного персоналу в розрахунку на одного лікаря у районах і містах обласного значення у Львівській області*

Райони і міста	1995	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Темп приросту, %		
											2010 / 1995	2010 / 2009	2010 / 2009
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	13
Всього по області	2,1	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	-11,49	0,00	0,00
Бродівський	2,9	3,4	3,5	3,3	3,4	3,4	3,4	3,2	3,0	2,9	0,00	-4,63	-4,63
Буський	3,6	3,6	3,5	3,4	3,1	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	-11,23	-1,96	-1,96
Городоцький	3,0	3,0	3,0	2,9	2,8	2,7	2,5	2,3	2,3	2,2	-27,28	-5,09	-5,09
Дрогобицький	2,7	2,8	3,3	3,4	3,3	3,1	3,0	2,5	2,6	2,5	-7,71	-3,39	-3,39
Жидачівський	3,0	3,2	3,0	3,0	3,0	3,1	3,0	2,8	2,8	2,8	-5,82	0,00	0,00
Жовківський	3,0	3,0	2,9	2,8	2,5	2,5	2,4	2,4	2,2	2,1	-29,31	-5,79	-5,79
Золочівський	2,3	2,8	2,8	2,8	2,5	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	0,00	-2,14	-2,14
Кам'янка-Бузький	2,7	2,7	2,6	2,6	2,3	2,4	2,6	2,3	2,1	2,2	-19,05	3,74	3,74
Миколаївський	4,0	3,6	3,1	3,0	3,4	2,9	2,3	2,1	2,8	2,8	-30,63	0,00	0,00
Мостиський	4,1	3,6	3,5	3,5	3,2	3,2	3,4	3,0	2,9	2,9	-28,87	0,00	0,00
Перемишлянський	2,4	2,6	3,3	2,9	2,6	2,6	2,7	2,7	2,5	2,3	-4,62	-7,68	-7,68
Пустомитівський	2,3	2,1	2,0	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,7	-25,92	-9,72	-9,72
Рахівський	4,2	4,1	3,7	3,9	3,8	3,6	3,4	3,3	3,3	2,9	-30,39	-12,25	-12,25

Продовження табл. 2.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Самбірський	3,1	4,7	3,3	3,2	3,8	3,0	2,6	3,2	3,3	3,1	0,00	-5,16
Сколівський	3,3	2,7	2,9	3,0	2,6	2,6	2,8	2,5	2,4	2,4	-26,83	0,00
Сокальський	3,3	3,3	3,4	3,4	3,3	3,4	3,3	3,2	3,1	3,2	-3,20	4,71
Старосамбірський	4,6	4,2	4,2	4,4	4,0	4,1	4,0	3,9	3,8	3,6	-22,34	-5,73
Стрийський	2,4	2,5	2,6	2,3	2,5	2,3	2,3	2,2	2,1	2,2	-9,12	2,92
Турківський	4,3	4,5	4,3	4,4	4,2	4,1	3,8	3,6	3,7	3,7	-14,71	0,00
Яворівський	3,4	3,1	3,3	3,3	3,1	3,1	3,0	3,0	2,8	2,5	-26,09	-9,87
м. Львів	1,6	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	-7,13	0,00
м. Борислав	2,6	2,8	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,3	2,3	2,2	-16,92	-3,10
м. Дрогобич	2,4	2,5	2,3	2,3	2,2	2,1	2,2	2,0	2,1	2,0	-16,64	-3,28
м. Моршин	...	...	...	2,6	2,7	2,8	2,8	2,3	2,7	2,7	x	0,00
м. Новий Розділ	...	...	...	3,3	3,3	3,3	3,2	2,8	2,5	2,5	x	0,00
м. Самбір	2,7	2,7	3,3	3,1	2,8	3,0	3,0	2,6	2,7	2,7	0,00	0,00
м. Стрий	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,0	2,1	1,9	1,8	1,7	-22,40	-7,23
м. Трускавець	2,5	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	2,6	2,0	2,3	2,6	2,29	14,64
м. Червоноград	3,0	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,5	2,4	2,4	-20,15	0,00

* виділені значення відповідають міжнародним рекомендаціям.

Джерело: статистичні дані за 1995–2010 рр. [138, с. 26, 28; 298, с. 240, 242].

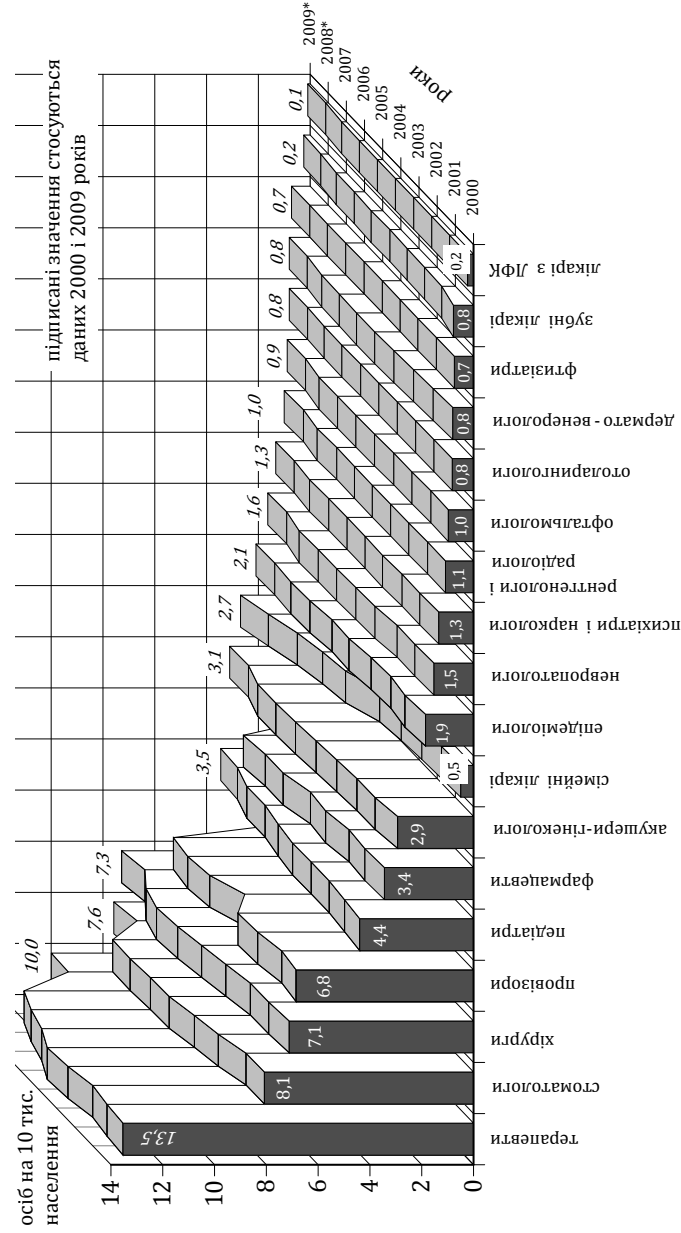
* дані за 2008–2009 рр. характеризують розподіл медичних кадрів тільки у закладах системи МОЗ України.
Джерело: розраховано на основі даних про чисельність постійного населення в області та абсолютну кількість медичних працівників за спеціальностями [290; Дод. Е].

Рис. 2.6. Безпеченість населення Львівщини лікарськими і фармацевтичними кадрами у розрізі окремих спеціальностей (2000–2009 рр.)

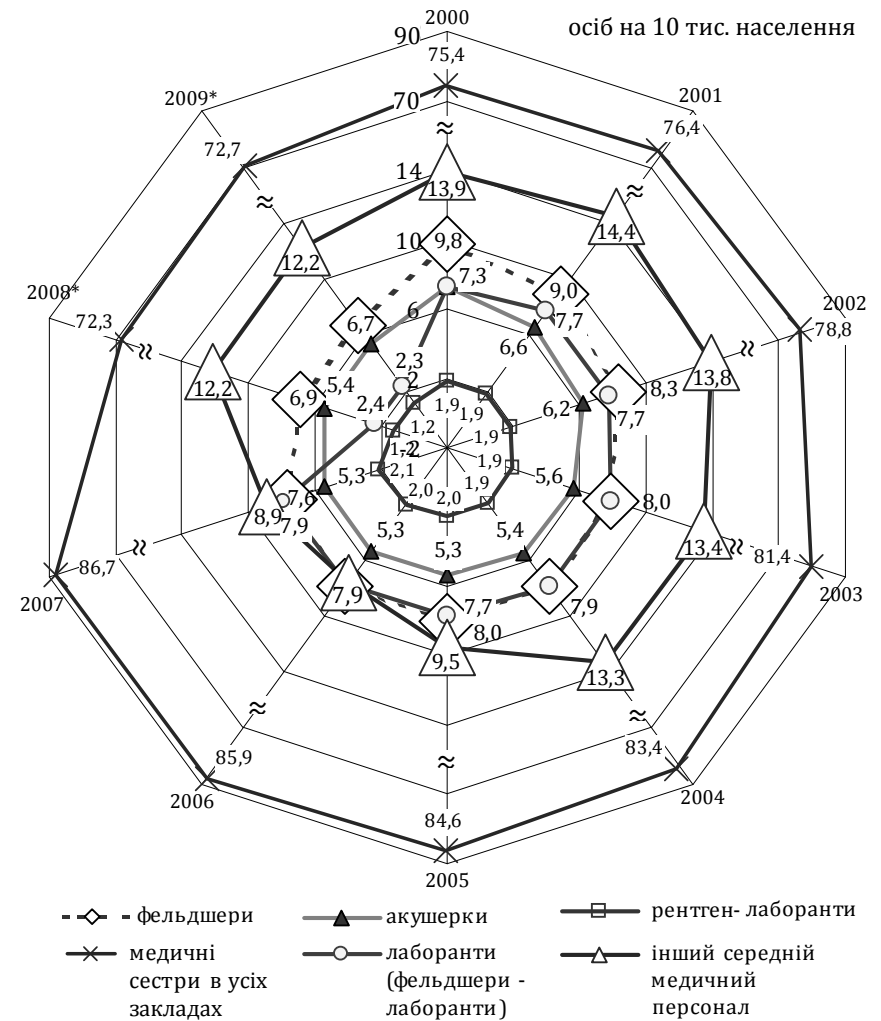
області до відповідних видів медичної допомоги. При цьому особливо критичною є ситуація у сільській місцевості.

Чисельність середнього медичного персоналу у регіоні за останні 10 років скоротилася як в абсолютному (Дод. Е), так і відносному вимірі (рис. 2.7). Зменшення зазначеної категорії працівників спостерігається за усіма спеціальностями, однак найбільш помітним є скорочення серед лаборантів (на 68%), рентген-лаборантів (37%) і фельдшерів (31%). Це пов'язано із ще більшою соціальною незахищеністю середнього персоналу порівняно з лікарями. Якщо в регіональній кадровій політиці не буде розроблено і запроваджено відповідних змін у напрямку збереження та зміцнення потенціалу людських ресурсів галузі, то в найближчій перспективі кадрова диспропорція суттєво посилиться, що приведе до негативних соціальних наслідків.

Забезпеченість медичними сестрами змінилась несуттєво у зв'язку із щорічним зростанням чисельності сімейних медсестер: зі 120 осіб (0,45 на 10 тисяч населення) у 2000 році до 787 осіб (3,11 на 10 тисяч населення) у 2009-му і 864 – у 2010 році (Дод. Е). Підвищення рівня забезпеченості населення Львівської області сімейними фахівцями відбувається в результаті реформування первинної ланки системи охорони здоров'я і декларування переходу до превентивної (попереджувальної) системи. Однак на сучасному етапі їх кількість все ще залишається недостатньою для ефективної роботи галузі. Іноземний досвід свідчить про велику питому вагу в наданні медичної допомоги саме фахівців загальної практики (сімейних лікарів і медсестер), яких в Англії – 75%, у Німеччині – близько 50%, в інших країнах Європи – 57% [99, с. 384]. На Львівщині частка сімейних лікарів в загальній структурі лікарських кадрів у 2009 р. становила лише 4,6% (у 2010 р. – 4,8%), а частка сімейних медичних сестер у складі медсестринського персоналу – 4,3% (у 2010 р. – 4,6%) [296, с. 158].

Загалом кадрове забезпечення закладів загальної практики (сімейної медицини) у розрізі районів та міст області свідчить про значні внутрішньорегіональні диференціації і нестачу вищезгаданих фахівців (Дод. К).

Штатно-посадовий розподіл та рівень укомплектованості кадрами (табл. 2.10) спростовують стійке уявлення про надлишок



* дані за 2008–2009 рр. характеризують розподіл медичних кадрів тільки у закладах системи МОЗ України.

Джерело: розраховано на основі даних про чисельність постійного населення в області та абсолютну кількість медичних працівників за спеціальностями [290; Дод. Е].

Рис. 2.7. Забезпеченість населення Львівської області середнім медичним персоналом у розрізі спеціальностей (2000–2009 рр.)

Таблиця 2.10

Штатно-посадовий розподіл та рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами у галузі охорони здоров'я Львівської області у 2000-2010 рр.

Показники	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Приріст, % (2010/2000)	Приріст, % (2010/2009)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Усі працівники											
Середньооблікова штатна кількість працівників (ШКП), осіб	74412	73221	76706	78108	77784	78329	78203	78007	76646	3,00	-1,74
Частка працівників, які прийняті на роботу на умовах неповної зайнятості, % до облікової ШКП	10,1	9,8	9,9	9,8	9,1	9,4	9,4	9,5	9,1	-9,90	-4,21
Частка працівників, які перебували в адміністративних відпустках, % до середньо-облікової ШКП	3,8	1,1	0,2	0,4	0,5	0,4	0,3	0,8	1,5	-60,53	87,50
Частка працівників, які працювали в режимі неповного робочого дня (тижня), % до середньооблікової ШКП	6,3	4,7	3,4	3,1	1,9	1,6	1,7	7,5	4,4	-30,16	-41,33

Продовження табл. 2.10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Середньооблікова кількість працівників в еквіваленті повної зайнятості, осіб	67921	74367	74851	75636	75546	76314	76255	75289	73942	8,86	-1,79
Кількість працівників позаоблікового складу, що працювали за тимчасовими договорами, осіб	1478	1403	1272	1500	1570	1376	1275	1008	934	-36,81	-7,34
Кількість працівників позаоблікового складу – сумісників, осіб	1483	1467	1790	1614	1898	1850	1872	1736	1704	14,90	-1,84
Лікарі											
Кількість штатних лікарських посад, од.	...	...	...	10870,75	10901,50	10943,00	10940,00	10971,75	10964,00	x	-0,07
Забезпеченість штатними посадами сімейного лікаря, од. на 10 000 населення	0,4	0,6	0,9	1,5	1,7	2,1	2,5	2,8	3,0	650,00	7,14
Забезпеченість штатними лікарськими посадами на станціях і відділеннях швидкої медичної допомоги, од. на 10 000 населення	1,8	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	-16,67	0,00
Кількість зайнятих лікарських посад, од.	...	...	...	10330,75	10423,25	10464,75	10571,00	10597,50	10649,00	x	0,49

Продовження табл. 2.10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Укомплектованість штатних посад лікарями, %	93,44	94,08	94,63	95,03	95,61	95,63	96,63	96,59	97,13	3,95	0,56
У т.ч.: - посад сімейними лікарями, %	...	...	...	96,90	94,41	96,90	94,57	96,38	94,92	x	-1,51
Середній медичний персонал (СМП)											
Кількість штатних посад СМП, од.	...	...	...	21685,75	21794,75	21831,75	21432,25	21467,25	21412,25	x	-0,26
Забезпеченість штатними посадами сімейної медсестри, од. на 10 000 населення	0,5	0,8	1,2	2,0	2,2	2,5	2,9	3,2	3,5	600,00	9,37
Забезпеченість штатними посадами СМП на станціях і відділеннях швидкої медичної допомоги, од. на 10 000 населення	4,3	4,0	3,5	3,5	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	-16,28	0,00
Кількість зайнятих посад СМП, од.	...	...	...	21187,00	21319,75	21409,75	21074,50	21059,00	21177,25	x	0,56
Укомплектованість штатних посад СМП, %	106,5	99,79	97,51	97,70	97,82	98,07	98,33	98,10	98,90	-7,14	0,82
У т.ч.: - посад сімейними медсестрами, %	...	...	...	87,69	89,70	93,03	95,28	97,73	98,21	x	0,49

Продовження табл. 2.10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кількість середнього та молодшого медичного персоналу у сільській місцевості (у фельдшерсько-акушерських пунктах), осіб:											
- фельдшерів	634	...	576	582	569	555	554	560	540	-14,83	-3,57
- акушерок	233	...	202	208	208	206	212	197	209	-10,30	6,09
- медсестер	438	...	426	433	442	449	443	440	454	3,65	3,18
- молодшого персоналу	1019	...	1015	1027	1018	1011	1005	991	989	-2,94	-0,20
Частка фельдшерсько-акушерських пунктів, укомплектованих лише посадою, % до усіх пунктів:											
- фельдшера	38,0	37,6	37,0	37,7	37,5	37,1	36,0	38,3	36,4	-4,11	-4,86
- акушерки	8,6	9,0	10,0	10,0	9,9	9,6	11,1	10,6	11,9	38,37	12,26
- медсестри	24,7	25,3	28,0	28,5	30,2	32,5	30,1	29,7	31,5	27,49	6,03

Джерело: [152, с. 29, 31, 49; 153, с. 29, 42; 154, с. 40; 155, с. 81; 155, с. 44, 49, 90; 157, с. 102; 158, с. 56, 61, 106, 110-111, 116-117; 159, с. 65, 110, 114-115, 120-121; 287, с. 77; 43, с. 30; 291, с. 121-123; 292, с. 108-109, 111-112, 126, 198; 293, с. 117-118, 120-121, 135, 207; 294, с. 111-115, 129, 204; 295, с. 97, 100, 127-128, 130-131, 220; 296, с. 98, 101, 128-132, 220; 289, с. 242, 246, 268-270; 278, с. 4-5, 13-17; 265, с. 9-10; 266, с. 34].

медичних працівників (особливо лікарів) у регіоні. За період з 2000 до 2010 року середньооблікова штатна кількість працівників у галузі зросла з 74,4 тис. до 76,6 тис. осіб. При цьому у Львівській області скоротилась практика прийому персоналу на роботу на умовах неповної зайнятості (на 9,90%), суттєво зменшилась і частка працівників, які перебували в адміністративних відпустках – зокрема на 60,53%. Доля фахівців, котрі працювали в режимі неповного робочого дня (тижня), у 2010 році не перевищувала показник 2000-го року і становила 4,4% середньооблікової штатної кількості працівників. Абсолютна кількість тимчасових кадрів за 11 років скоротилася з 1478 до 934 осіб, а чисельність сумісників, навпаки, зросла на 14,90%, досягши рівня 1704 осіб. Це може свідчити про активне бажання працівників галузі покращити своє матеріальне становище за рахунок зовнішнього сумісництва, що має неоднозначні наслідки.

На фоні щорічного зростання кількості штатних лікарських посад у Львівському регіоні, як видно з табл. 2.10, стрімко збільшується забезпеченість населення штатними посадами сімейного лікаря і сімейної медсестри – фахівців первинної ланки охорони здоров'я. Протягом досліджуваного періоду показники зросли відповідно на 650% (з 0,4 до 3,0 штатних лікарських одиниць на 10 000 населення) і 600% (з 0,5 до 3,5 штатних посад медичної сестри на 10 000 населення). Дещо інша ситуація спостерігається із забезпеченістю штатними посадами лікарів і середнього медичного персоналу на станціях та відділеннях швидкої медичної допомоги – кількість посад за одинадцять років скоротилася на 16,67% і 16,28% відповідно, досягши рівня 1,5 і 3,6 штатних одиниць на 10 000 населення.

У зв'язку з тим, що кількість зайнятих посад медичних працівників (фактичний показник) менша порівняно із штатною кількістю (плановий показник), у галузі існує недоукомплектованість кадрами. З 2000 року рівень укомплектованості лікарями у регіоні зріс до 97,13% у 2010 році, а середнім медичним персоналом – скоротився до 98,90%. У свою чергу, укомплектованість посад сімейними лікарями знизилась з 96,90% у 2005 році до 94,92% у 2010 році, а сімейними медсестрами – навпаки, зросла з 87,69% до 98,21%. Загалом, незаповненими залишаються біля 3% штатних

лікарських одиниць і понад 1% посад середніх медпрацівників, що свідчить про нераціональне планування і розміщення кадрів, недосконалість штатних нормативів та інші недоліки кадрової політики. Зазначена проблема особливо гостро відчувається у сільській місцевості Львівської області. Це підтверджує велика частка фельдшерсько-акушерських пунктів з єдиною посадою фельдшера (36,4% у 2010 р.), акушерки (11,9%) чи медичної сестри (31,5%), а також скорочення абсолютної чисельності практично усіх категорій середнього і молодшого медперсоналу.

Варто зауважити, що кризовий 2010-й рік у порівнянні з попереднім періодом негативно вплинув на кадровий потенціал галузі. Такі показники, як середньооблікова штатна кількість працівників (у тому числі в еквіваленті повної зайнятості); частка працівників, які прийняті на роботу на умовах неповної зайнятості, а також тих, хто працював у режимі неповного робочого дня (тижня); кількість працівників, що працювали за тимчасовими договорами; кількість сумісників; кількість штатних посад медичних працівників; кількість середнього та молодшого медичного персоналу у сільській місцевості (за винятком акушерів і медсестер), скоротилися загалом на 0,07–41,33%. А темпи приросту питомої ваги осіб, що перебували в адміністративних відпустках; укомплектованості штатних посад медичними працівниками і т.д. коливаються у межах 0,49–87,50%.

Динаміка руху та попиту на людські ресурси у галузі охорони здоров'я регіону протягом 2000–2010 рр. представлена у Дод. Л. За результатами аналізу можна зробити висновок, що показники прийому і вибуття кадрів, рівень плинності і скорочення працівників, а також частка фактично вивільнених осіб суттєво знизилися протягом досліджуваного періоду. У свою чергу, на тлі загального скорочення попиту на робочу силу у галузі охорони здоров'я, з 2000 року кількість працевлаштованих у цьому секторі незайнятих трудовою діяльністю громадян (особливо молоді) зросла на 29,5%. Порівняно з 2009 роком темпи зростання кількості працевлаштованих осіб сповільнились (6,8%).

За підсумками виконання Програми зайнятості населення Львівської області на 2008–2009 роки, у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги у 2008 році було створено 699 робочих місць,

а в 2009-му за попередніми даними – 400 (табл. 2.11). З метою врегулювання регіонального ринку праці та соціального захисту населення області від безробіття головою Львівської обласної державної адміністрації було затверджено Програму зайнятості населення Львівської області на 2010–2011 роки [221], якою передбачено продовження практики створення нових робочих місць, у тому числі у секторі охорони здоров'я регіону. Аналогічні заходи відбуваються і на рівні м. Львова.

Таблиця 2.11

Кількість нових робочих місць у галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги у Львові та Львівській області (звітні і прогнозні дані), одиниць

Регіон, місто	2008 рік		2009 рік		2010 рік (прогноз)	2011 рік (прогноз)
	за I-е півріччя	за рік	за I-е півріччя	за рік		
Львівська обл.	351	699	186	400	350	360
Львів	81	146	48	116	150	150

Джерело: проект Програми зайнятості населення Львівської області на 2010–2011 роки та Програма зайнятості населення м. Львова на 2010–2011 роки [221, с. 18; 222, с. 20].

Загалом, у Львівській області (як і в цілому в країні) існує дефіцит лікарів первинної ланки (які за оцінками експертів вирішують 80–90% усіх проблем зі здоров'ям [17, с. 79]) при надлишку лікарів-спеціалістів. Експерти [128] стверджують, що серед лікарів вузьких спеціальностей має місце приховане безробіття, оскільки частина з них забезпечена роботою лише на половину або чверть ставки (на умовах неповної зайнятості). У той же час тисячі лікарських штатних одиниць та посад середнього медичного персоналу залишаються вакантними при низькій кількості фахівців, які обслуговують сільське населення.

Досвід розвинених країн світу підтверджує, що одним із найефективніших способів вирішення проблеми кадрових диспропорцій є підвищення рівня матеріального і нематеріального стимулювання медичних працівників та їх соціального статусу.

2.4. Мотиваційна складова кадрової політики системи охорони здоров'я

Для забезпечення високої продуктивності праці, якісного виконання посадових обов'язків та можливостей для професійного й соціального розвитку працівників необхідна ефективна комплексна система мотивації праці, яка враховує специфіку тої чи іншої галузі. Без сумніву, мотивація трудової діяльності у сфері охорони здоров'я не може бути дієвою без застосування сучасних форм та методів стимулювання персоналу. Сьогодні, в умовах кадрової кризи, складної економічної ситуації, погіршення добробуту населення і стандартів життя, пріоритетного значення набуває матеріальна форма стимулювання праці, пов'язана із прагненням до певного рівня достатку і матеріального статусу.

Однак, не менш вагоме значення у системі охорони здоров'я має трудова і статусна мотивація персоналу. Перша з них породжується змістом, умовами та режимом праці, організацією трудового процесу, а друга – прагненням людини до обіймання вищої посади, виконання складнішої, відповідальнішої роботи, праці у сфері діяльності, яка вважається престижною, суспільно значущою, а також прагненням до лідерства та якомога вищого неофіційного статусу.

Криза вітчизняної системи охорони здоров'я і соціального захисту населення багато в чому зумовлена неефективністю існуючого механізму мотивації медичного персоналу. Цей механізм втратив свою відтворювальну, спонукальну і вартісну функції, знецінюючи трудові орієнтації у працівників та знижуючи кадровий потенціал галузі загалом. Така ситуація характерна як для всієї країни, так і кожного її регіону, що вимагає кардинальних кадрових реформ і подолання чинників демотивації праці.

Підвищена увага до проблеми матеріальної мотивації, зокрема рівня заробітної плати як основної форми доходу медичних працівників, на нашу думку, зумовлена:

- 1) низьким рівнем доходів громадян;
- 2) деформаціями в їхній структурі та диференціації;

3) необхідністю становлення якісно нових форм і методів матеріального стимулювання працівників галузі.

Водночас варто зауважити, що взаємозв'язок доходів та мотивації трудової діяльності досить складний і суперечливий. Для підтвердження цієї думки було проведено кореляційний аналіз з метою дослідження зв'язку між рівнем оплати праці в системі охорони здоров'я Львівського регіону (результативний показник) та показниками продуктивності праці (фактори). Результати кореляційного аналізу (табл. 2.12) доводять наявність тісного зв'язку між обраними залежними і незалежною змінними – всі коефіцієнти кореляції близькі до одиниці ($r_1 = 0,986$, $r_2 = 0,993$, $r_3 = 0,895$, $r_4 = 0,975$). Щільність зв'язку перевірена за допомогою коефіцієнтів детермінації (R^2), що теж прямують до одиниці, а достовірність результатів – за допомогою t -критерію Ст'юдента. Істотність зв'язку зумовлена певною мірою щорічним збільшенням захворюваності населення і відповідно кількості виликаних хворих, що співпадає із тенденцією до зростання рівня оплати праці у галузі. Таким чином, у вітчизняному секторі охорони здоров'я матеріальні стимули є важливим каталізатором, здатним суттєво підвищити трудову активність персоналу. Однак, це, на жаль, не враховується в існуючій кадровій політиці, що можна підтвердити методом компаративного (порівняльного) аналізу.

Рівень матеріальної винагороди працівників охорони здоров'я на Львівщині доцільно характеризувати порівнюючи з основними соціальними стандартами в країні (величиною прожиткового мінімуму, рівнем мінімальної заробітної плати та ін.). Попри зростання базових соціальних показників (рис. 2.8), їх співвідношення поки що далеке від стандартів Європейської соціальної хартії, згідно з вимогами якої мінімальна заробітна плата має становити не менше, ніж 2,5 прожиткового мінімуму. В Україні рівень даних показників, починаючи з 2009 року, однаковий (як цього і вимагає вітчизняне законодавство), хоча з моменту незалежності держави мінімальна заробітна плата традиційно була значно меншою за прожитковий мінімум. Станом на кінець 2010 року вищезгадані соціальні стандарти зросли на 24%, досягши рівня 922 грн.

Інша вимога стосується співвідношення мінімальної та середньої в країні (регіоні) заробітних плат, яке повинно складати не

Таблиця 2.12

Дослідження зв'язку між рівнем заробітної плати і продуктивністю праці у галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги у Львівській області (кореляційний аналіз)

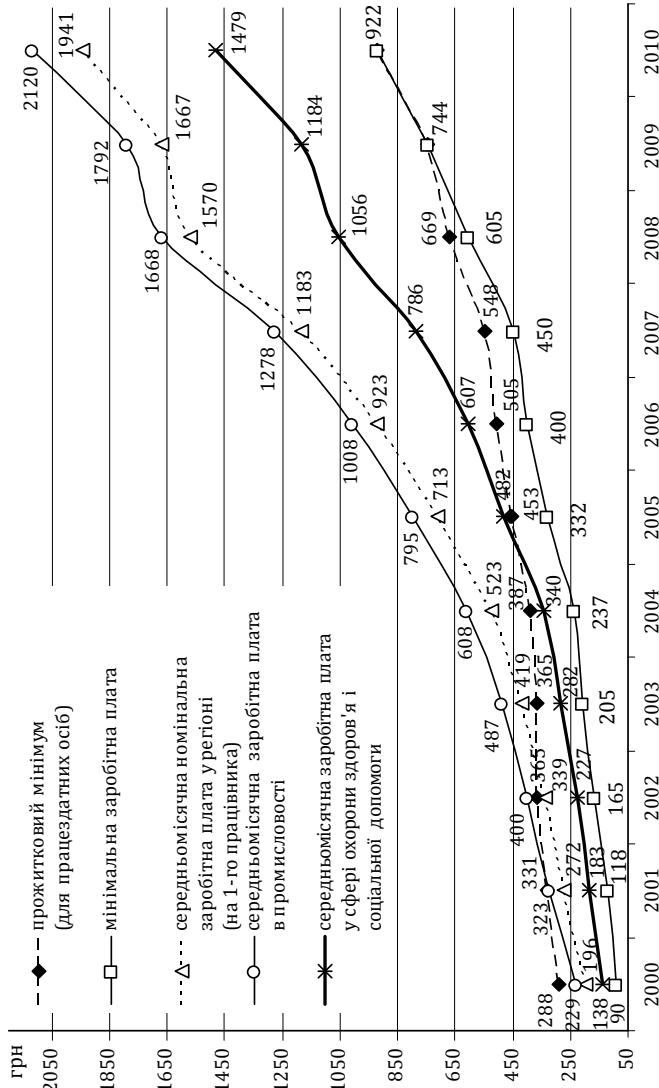
Змінна	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Приріст у % (2010/2000)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Середньомісячна номінальна заробітна плата штатного працівника (X_1), грн	138	183	227	282	340	482	607	786	1056	1184	1479	971,7
Обсяг ВДВ, створеної в галузі, у розрахунку на одного штатного працівника (X_2), грн	3413	4603	6255	7072	8487	10652	13576	17095	22084	25805	25738	654,0
Обсяг послуг, реалізованих населенню одним штатним працівником (X_3), грн	448	815	1031	1549	1915	2335	2867	3338	4191	4832	5933	1224,6
Кількість осіб, яким надана допомога амбулаторно і на виїздах швидкої медичної допомоги одним медичним працівником ¹⁾ (X_4), осіб	14,2	14,0	13,9	13,9	14,0	14,4	14,3	14,4	15,3	15,3	15,0	5,6

Продовження табл. 2.12

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Кількість пролікованих хворих у стаціонарах усіх видів ²⁾ у розрахунку на одного медичного працівника ¹⁾ (X_4), осіб	14,7	15,0	15,1	15,1	15,6	16,5	17,2	17,7	19,4	19,3	19,5	32,7
Кореляція $Y-X_1$	$r_1 = 0,986$; $R_1^2 = 0,973$; $t_1 = 17,74 > t_{табл}$ при $p < 0,05$											
Кореляція $Y-X_2$	$r_2 = 0,993$; $R_2^2 = 0,986$; $t_2 = 25,22 > t_{табл}$ при $p < 0,05$											
Кореляція $Y-X_3$	$r_3 = 0,895$; $R_3^2 = 0,801$; $t_3 = 6,02 > t_{табл}$ при $p < 0,05$											
Кореляція $Y-X_4$	$r_4 = 0,975$; $R_4^2 = 0,950$; $t_4 = 13,16 > t_{табл}$ при $p < 0,05$											

¹⁾ У цьому контексті під медичним персоналом слід розуміти лікаря або середнього медичного працівника будь-якої організаційної ланки системи охорони здоров'я.
²⁾ У тому числі денні стаціонари поліклінік та стаціонари вдома.

Джерело: розраховано на основі статистичних даних за 2000–2010 рр. [290; 108; 14, с. 22; 301, с. 462-463; 287, с. 48, 77, 122; 292, с. 130, 164-165; 293, с. 139, 173-174; 294, с. 133, 169-170; 295, с. 149, 185-186; 296, с. 162, 197-198; 298; 285, с. 49; 286, с. 47; 157, с. 125; 158, с. 56, 118].



Джерело: підготовлено на основі даних Головного управління статистики у Львівській області, щорічних Законів України «Про Державний бюджет України» (зі змінами та доповненнями) та Законів України «Про встановлення розміру мінімальної заробітної плати» (2000–2003 рр.) [99, с. 386; 290].

Рис. 2.8. Динаміка базових соціальних індикаторів в Україні та показників заробітної плати у Львівській області протягом 2000–2010 рр. (станом на кінець року)

нижче, ніж 1:3 [37]. Загалом, по Україні ця вимога дотримується, а от у Львівській області дане співвідношення становить лише 1:2 (рис. 2.8). Крім того, абсолютні значення показників є дуже низькими і мають бути змінені.

За останні десятиріччя дефіцит фінансування галузі призвів до значного зменшення доходів працівників вітчизняної охорони здоров'я і відповідно до демотивації кадрів. Фактично медичний персонал почав самотужки рятувати власні робочі місця – єдине джерело своїх доходів. За умов хронічної невиплати (несвоєчасної виплати) заробітної плати, а також її низького рівня відносно інших професійних і соціальних груп, масові «тіньові» платежі, поширені у галузі, є своєрідною компенсацією матеріальних і моральних втрат. Негативним аспектом є також те, що заробітна плата молодших та середніх медичних працівників майже не відрізняється, несуттєво вона диференціюється і серед лікарів [99, с. 386].

Більше того, сьогодні абсолютно не виконується 77 стаття Основ законодавства України про охорону здоров'я [134], у зв'язку з чим її чинність призупинено. У даній статті зазначено, що рівень заробітної плати працівників галузі охорони здоров'я не може бути нижчим від рівня оплати праці у промисловості. Доходи медиків у Львівському регіоні (середньомісячна заробітна плата в охороні здоров'я у 2010 р. становила 1479 грн) традиційно нижчі від доходів працівників, зайнятих у промисловості (2120 грн у 2010 р.), та середньомісячних доходів у регіоні загалом (1941 грн). При цьому з кожним роком дана диспропорція збільшується. Єдиним позитивним фактом є те, що з 2005 р. рівень середньої заробітної плати у сфері охорони здоров'я Львівщини перевищив прожитковий мінімум і наразі співвідношення цих показників становить 1,6:1 (рис. 2.8).

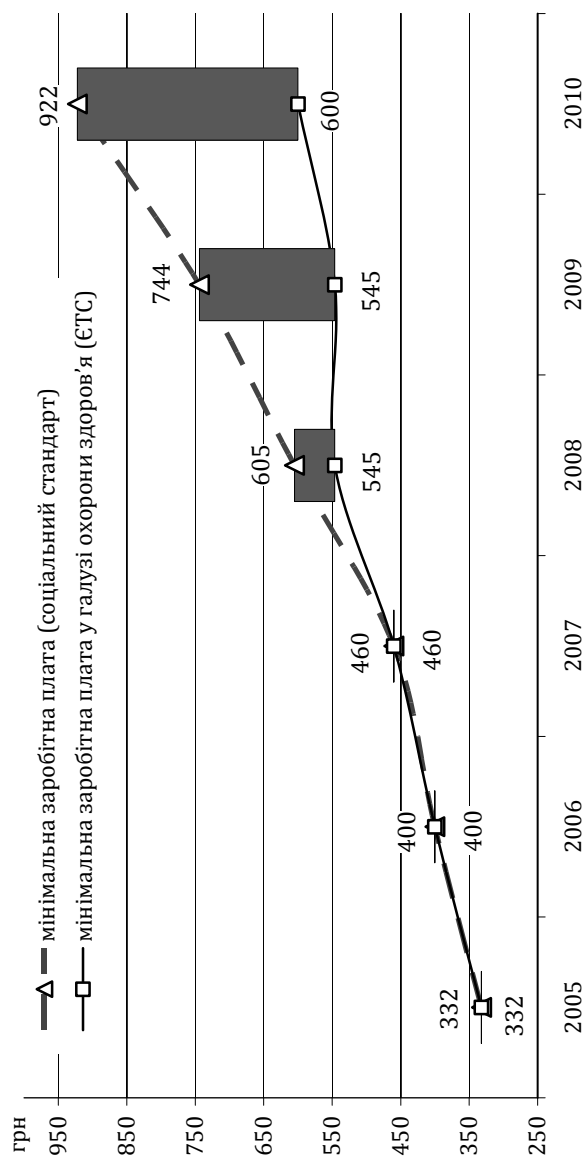
Проведений компаративний аналіз підтвердив невідповідність сучасного мотиваційного механізму у галузі охорони здоров'я регіону законодавчим і суспільним вимогам. Диспропорції є настільки великими, що навіть щорічне підвищення рівня оплати праці медиків (в межах 125-300 грн на рік) практично не впливає на їхню мотивацію.

Отже, неефективне стимулювання можна вважати другою великою проблемою після дефіциту людських ресурсів у первинній

ланці та в сільських закладах охорони здоров'я Львівського регіону, а також після значних кадрових диспропорцій. Зростанню рівня середньої заробітної плати в галузі можуть сприяти запровадження нових державних мінімальних гарантій в оплаті праці, посилення контролю за дотриманням чинного законодавства та подальше підвищення рівня заробітної плати медичним працівникам на основі Єдиної тарифної сітки, виходячи з тарифу і розряду на рівні законодавчо встановлених розмірів мінімальної заробітної плати. На рис. 2.9 видно, що з 2008 року мінімальна оплата праці у галузі охорони здоров'я за Єдиною тарифною сіткою суттєво відстає від мінімального соціального стандарту. На кінець 2010 року диспропорція між вищезгаданими показниками зросла до рівня 1:1,5³⁹, що порушує ст. 96 КЗпП, принцип соціальної справедливості, і, що найважливіше, конституційне право на гідну працю (ст. 43 Конституції України). За такої ситуації людські ресурси галузі не лише знецінюються, а й втрачаються.

Діюча Єдина тарифна сітка відноситься до прогресивно-регресивного типу – з прогресивним (або постійним) абсолютним та регресивним відносним зростанням тарифних коефіцієнтів (Дод. М). При цьому міжрозрядна різниця становить менше 10%, не забезпечуючи так званого «порогу відчутності» цієї різниці, рекомендованого Міністерством праці та соціальної політики України [83]. Крім того, значним недоліком тарифної сітки є те, що вона не диференціює заробітну плату медиків залежно від обсягу та якості виконаної роботи. Таким чином, дана система особливо не стимулює підвищення кваліфікації та ефективності праці. Тому при розробці стратегії кадрової політики у сфері охорони здоров'я регіону необхідно запроваджувати більш гнучку систему мотивації трудової діяльності.

³⁹ Через два роки ситуація змінилась несуттєво. Так, протягом 2012 року посадові оклади (тарифні ставки), виходячи з розміру посадового окладу (тарифної ставки) працівника 1 тарифного розряду, становили: з 1 січня – 773 грн, з 1 квітня – 794 грн, з 1 липня – 802 грн, з 1 вересня – 807 грн, з 1 жовтня – 823 грн, з 1 грудня – 839 грн [234, зі змінами від 11.01.2012 р.]. Відповідно співвідношення мінімальної оплати праці у галузі охорони здоров'я та мінімального соціального стандарту (мінімальної заробітної плати в країні) скоротилось до 1:1,4.



Джерело: підготовлено на основі даних щорічних Законів України «Про Державний бюджет України» (зі змінами та доповненнями) та відповідних постанов КМУ [184].

Рис. 2.9. Динаміка мінімальної зарплатної плати в Україні та мінімального рівня оплати праці у вітчизняній сфері охорони здоров'я протягом 2005–2010 рр. (станом на кінець року)

Незважаючи на наявність значної кількості демотивуючих факторів, конкурс у медичні вищі навчальні заклади все ж залишається одним із найвищих. Однак, якщо ситуація в країні та на Львівщині не зміниться, то можливе посилення відтоку медичних кадрів (як за кордон, так і в інші сектори економіки), що негативно позначиться не лише на функціонуванні сфери охорони здоров'я, а й на рівні медичного обслуговування населення регіону⁴⁰.

Вже сьогодні, в результаті неефективної системи мотивації (не лише через низький рівень оплати праці, але й відсутність залежності доходів медиків від якості та обсягу роботи), стрімко посилюється міграція медичних працівників до високорозвинутих країн. Загальні тенденції підтверджує рейтинг нестабільності держав (*Failed States Ranking*), складений незалежною некомерційною дослідницькою організацією Фонд миру (*Fund for Peace*) на основі дванадцяти індексів. Так, за індексом впливу кваліфікованих кадрів у 2011 році Україна посіла 78 місце (у 2010 р. – 70-е) серед 177 аналізованих держав (наприклад, Польща, де ситуація є дещо кращою, зайняла 101 позицію в рейтингу, опустившись на 5 позицій порівняно з 2010 роком) [357].

Проведене нами опитування медичних працівників м. Львова та області на предмет виявлення схильності до трудової еміграції дозволило виявити частку респондентів, що мають бажання залишити Україну (41,76%), і дати соціальну характеристику потенційного емігранта – представника вітчизняної системи охорони здоров'я. Результати обстеження подані у Дод. Н та авторській праці [92].

Важко не погодитись із Т. Носуліч [128] з приводу того, що будь-які зміни неможливі без відповідної правової бази, отже, передувати безпосередньому реформуванню галузі має розробка законів і нормативно-правових актів. Слід також звернути увагу і на те, що до цього часу не розроблено та не впроваджено ні концепції, ні стратегічного плану розвитку кадрів у сфері охорони здоров'я (на відміну від багатьох країн світу). Це, в свою чергу, може бути

⁴⁰ Згідно з дослідженнями ВООЗ та Міжнародної організації праці найбільша для цілого світу проблема пов'язана з еміграцією медичних працівників з бідних країн (або країн, що розвиваються) до багатших. Через так званий «відплив мізків» бідні країни залишаються без спеціалістів, витрачаючи великі кошти на їх підготовку.

однією із причин критичного стану галузі в цілому і демотивації медичного персоналу зокрема.

З 1 січня 2010 року, в рамках реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, постановою уряду запроваджено надбавки за вислугу років лікарям і фахівцям з базовою та неповною вищою освітою державних та комунальних медичних закладів. Даною Постановою призначено виплати медпрацівникам щомісячної надбавки до посадового окладу за стаж роботи (без урахування інших доплат і надбавок) у розмірі залежно від фактично відпрацьованого часу: 10%, якщо стаж роботи перевищує 3 роки, 20% за стаж понад 10 років і 30% у випадку стажу роботи понад 20 років [216]. Запроваджені зміни, звичайно, є позитивним зрушенням на шляху удосконалення мотиваційного механізму в галузі, однак при низькому рівні посадових окладів (згідно з єдиною тарифною сіткою) надбавки за вислугу років у розмірі 10–30%, на наше переконання, не будуть настільки дієвими, щоб відчутно вплинути на продуктивність праці, рівень трудової еміграції та престижність професії медичного працівника.

Інші зміни пов'язані із забезпеченням безплатним користуванням житлом з опаленням і освітленням працівників та пенсіонерів у галузі охорони здоров'я на основі Порядку, затвердженого спільно Міністерством праці та соціальної політики, Міністерством освіти і науки, Міністерством охорони здоров'я та Міністерством культури і туризму разом із змінами та доповненнями (накази від 13 вересня 2006 р. № 341/651/619/769 і 3 вересня 2007 р. № 456/785/515/52) [181; 219]. Окрім того, чинними на сьогодні залишаються зміни до статті 77, відповідно до яких за медиками, що працюють (працювали) у сільській місцевості, зберігаються пільги щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством, будівництва приватного житла і придбання автотранспорту (Закон України «Про внесення зміни до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 8 лютого 2007 р. № 657-V) [183]. Проте, задекларовані і законодавчо встановлені ініціативи на практиці часто не реалізуються або виконуються частково. Цим і пояснюється гостра нестача медичного персоналу в сільській місцевості Львівської області. Для того, щоб вирішити зазначені проблеми, необхідно забезпечити реальні стимули для таких

спеціалістів (житло, службовий транспорт, інші ініціативи) та їх реалізацію у повному обсязі.

Відповідно до існуючої кадрової політики шкідливі та важкі умови праці в галузі компенсуються різними доплатами, додатковими відпустками та іншими заохоченнями, що, безумовно, позитивно впливає на мотиваційну складову трудового потенціалу медичних працівників. Так, посадові оклади персоналу закладів охорони здоров'я (структурних підрозділів), який працює з вірусом імунодефіциту людини, підвищуються на 60% (дод. 4 до наказу Мінпраці та МОЗ України № 308/519 від 05.10.2005 р.). А посади, безпосередня робота на яких пов'язана із наданням медичної допомоги тим, хто постраждав унаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, дають право на підвищення посадових окладів на 25% [185]. Посадові оклади лікарів-хірургів усіх найменувань, лікарів-анестезіологів та лікарів-ендоскопістів, у т. ч. керівників структурних підрозділів – лікарів цих спеціальностей, підвищуються за здійснення оперативних втручань залежно від обсягу, складності й характеру їх праці при роботі в: амбулаторно-поліклінічному закладі (відділенні) – до 15% посадового окладу; денному стаціонарі хірургічного профілю – до 25%; стаціонарі – до 40%.

У додатку 3 вищезгаданого наказу передбачені соціальні гарантії і для працівників фтизіатричної служби. Усі, хто надають медичну допомогу хворим на активні форми туберкульозу, повинні забезпечуватись підвищенням посадових окладів на 30% у зв'язку із шкідливими умовами праці. Для працівників, які надають медичну допомогу хворим на неактивні форми туберкульозу – відповідно 15%. Більше того, за пенсійним законодавством робота в лепрозорних і протичумних закладах охорони здоров'я, у закладах (відділеннях) з лікування осіб, заражених вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД, в інших інфекційних закладах (відділеннях) охорони здоров'я, у патолого-анатомічних і реанімаційних відділеннях закладів охорони здоров'я, а також у психіатричних закладах охорони здоров'я зараховується до стажу роботи у подвійному розмірі [235, ст. 60]. Проте, незважаючи на такі стимули, продовжує зростати потреба у терапевтах, сімейних лікарях, інфекціоністах, фтизіатрах, педіатрах, рентгенологах та інших фахівцях, посади яких недоукомплектовані. У свою чергу,

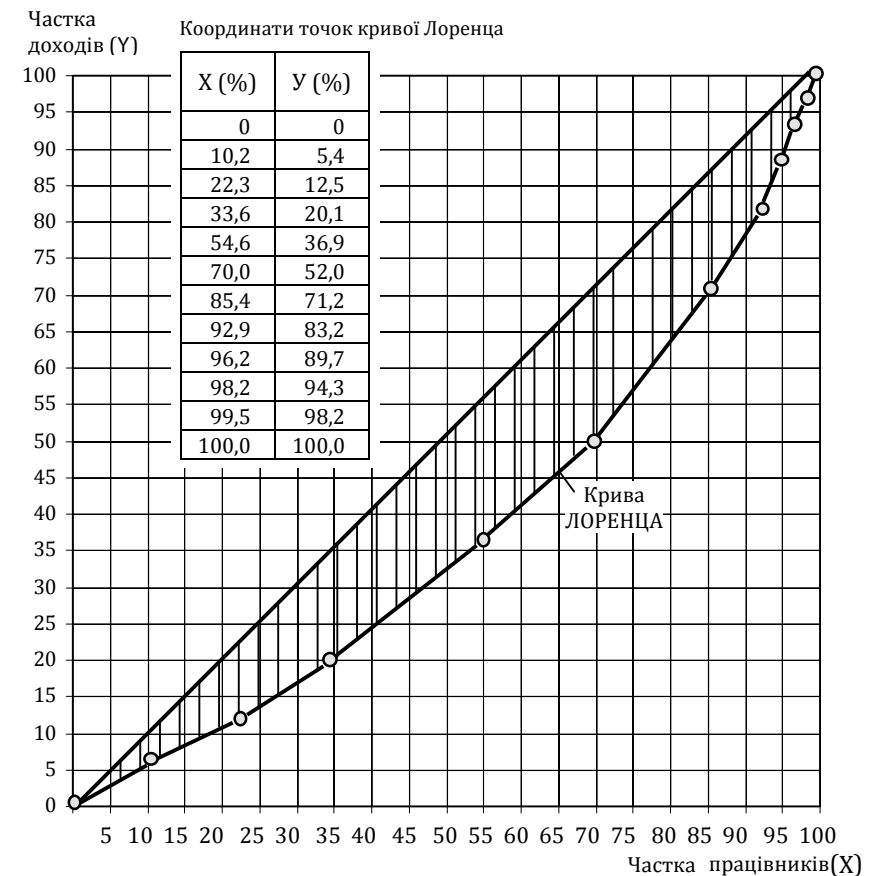
з кожним роком зростає професійна захворюваність медиків на туберкульоз, гепатит і ВІЛ/СНІД, поглиблюючи цим кадрову кризу в галузі. Окрему групу, згідно із Законом [235], становлять доплати, підвищення окладу та інші виплати за:

- роботу у нічний час (залежно від категорії працівника);
- суміщення професій чи посад (до 50% окладу);
- науковий ступінь (доктора наук – у граничному розмірі 25%, кандидата наук – 15%);
- почесне звання («заслужений» – надбавка 20% посадового окладу);
- диплом з відзнакою після закінчення вищого медичного чи фармацевтичного навчального (5% підвищення посадового окладу протягом п'яти років).

Крім проблеми низького рівня оплати праці та недостатніх додаткових стимулів, у галузі існує й інша проблема – поляризації доходів. Для її вимірювання доцільно використати криву Лоренца, що показує, яка частка сукупного доходу припадає на кожну групу працівників охорони здоров'я. Такий аналіз дозволяє виявити рівень економічної нерівності у галузі. За останні кілька років у секторі охорони здоров'я Львівщини відслідковується тенденція до зростання частки працівників, що отримують мінімальну заробітну плату (або й менше), та збільшення питомої ваги персоналу, що одержує максимальні доходи. Для прикладу, у 2001 році частка першої категорії працівників складала 4,9%, а другої – 0,1%, в свою чергу, у 2010 році частки зросли до рівня 10,2% і 0,5% відповідно [151, с. 62-63; 287, с. 96-97]. Результати дослідження фактичного розподілу доходів (заробітної плати) у регіональній системі охорони здоров'я у 2010 році представлені на рис. 2.10.

Ступінь відхилення кривої Лоренца від діагоналі рівномірного розподілу відображає ступінь нерівномірного розподілу доходів, який можна оцінити за допомогою коефіцієнта Джині⁴¹. За нашими підрахунками даний коефіцієнт становить 0,251, а площа фігури між лініями рівномірного і нерівномірного розподілу дорівнює

⁴¹ Коефіцієнт Джині – це відношення площ фігур, що утворюються між кривою Лоренца та лінією абсолютної рівності, та площі, яка утворюється лінією абсолютної рівності та координатною віссю. Чим більший коефіцієнт Джині, тим більша нерівність.



Джерело: розраховано на основі статистичних даних за 2010 рік [287, с. 96-97].

Рис. 2.10. Крива розподілу доходів у галузі охорони здоров'я Львівської області у 2010 році

1256. Оскільки коефіцієнт Джині невисокий і прямує до нуля, то загалом концентрація доходів у галузі є більш-менш рівномірною. У межах норми знаходиться й інший диференційний показник – децильний коефіцієнт, що характеризує співвідношення між середніми доходами 10% найбільш високооплачуваних громадян і середніми доходами 10% найменш забезпечених. Критичною вважається пропорція 8:1 [284, с. 164]. У галузі охорони здоров'я

Львівського регіону децильний коефіцієнт у 2010 році становив 5:1 (якщо за середній рівень доходів найбіднішої категорії брати мінімальну заробітну плату).

Що стосується нематеріальної форми стимулювання (подяки, нагороди, заохочення, дострокове службове просування, кращі умови праці, програми загального чи спеціального навчання й інші можливості самореалізації), то в умовах високої заборгованості за заробітною платою, несприятливих умов праці (головним чином у державних і комунальних медичних закладах) та недостатнього бюджетного фінансування, вона використовується рідко, за винятком планових форм професійного навчання – курсів підвищення кваліфікації перед черговими атестаціями медичного персоналу. Співвідношення різних видів стимулювання у різних країнах відрізняється. У Західній Європі поступово скорочується частка основної матеріальної винагороди і збільшується питома вага додаткових матеріальних і нематеріальних стимулів у галузі, у той час як для значного числа українських закладів охорони здоров'я характерні протилежні тенденції. Хоча на Львівщині частки фондів додаткової заробітної плати та заохочувальних виплат з 2000 до 2010 р. зросли на 8,3 п.п. і 0,5 п.п. відповідно [159, с. 164, 166], однак практика використання нематеріальних (соціально-психологічних) стимулів у галузі є не дуже поширеною, за винятком надання державних нагород. Так, на Львівщині, згідно з указами Президента України, протягом 2009 року орден «За заслуги» III ступеня отримали двоє працівників галузі, орден княгині Ольги III ступеня – одна особа, медаль «За працю і звитягу» – троє лікарів, а 45 фахівцям присвоєно почесне звання «Заслужений лікар України» [109].

Важливою складовою мотивації персоналу, одним із визначальних елементів управління людськими ресурсами є кадрове оцінювання, яке виконує орієнтувальну і спонукальну функції. Брак такої оцінки у системі охорони здоров'я або ще гірше – її необ'єктивність дезорієнтують працівника, стримують його розвиток, знижують активність і продуктивність діяльності, ускладнюють контролювання стану кадрового потенціалу, а також негативно позначаються на якості медичної допомоги. Зазначені елементи тісно взаємопов'язані і потребують комплексного вивчення. Динаміка і структура основних показників системи мотивації, оцінювання,

контролю та розвитку персоналу галузі на прикладі Львівського регіону з 2000 до 2010 року представлені у Дод. П. Протягом досліджуваного періоду спостерігалось як зростання, так і скорочення значень показників. Однак, темпи приросту більшості показників за період соціально-економічної кризи (з 2008 року) суттєво сповільнились, а в деяких випадках були від'ємними, що свідчить про недоліки у регіональній кадровій політиці в сучасних умовах.

Загалом, ефективність даної політики можна умовно оцінити в економічному, соціальному та інтелектуально-інноваційному аспектах. Для цього необхідно провести комплексний аналіз відповідних витратних і результативних показників (табл. 2.13). Однак, слід зауважити, що на практиці кількісно виразити безпосередньо вплив кадрового управління на процес і результати роботи працівників галузі надзвичайно важко, а іноді неможливо. Практично будь-яке управлінське рішення чи дія дають результат не відразу, а через певний проміжок часу (лаг). Тому визначають відносну або порівняльну ефективність.

Відносний рівень практично усіх видів ефективності кадрової політики в системі охорони здоров'я регіону за період з 2008 по 2010 рр. знижується (за винятком 1%-го зростання відносної інтелектуально-інноваційної ефективності у 2010 році). Інтегральний (комплексний) показник у 2010 році становив 0,716 (на 9,29% менше порівняно з 2008 роком). Це свідчить про те, що ресурси, витрачені на проведення регіональної кадрової політики, не забезпечують відповідного результату – майже 30% з них використовується неефективно. Найбільш репрезентативною, динамічною і такою, що може слугувати реальною основою для прийняття управлінських рішень, є функціональна ефективність. Її розрахунок вимагає додаткового аналізу та розробки системи критеріїв і показників (детермінант) за усіма функціональними напрямками кадрової роботи, а саме: за підсистемами формування, розподілу, оцінки, розвитку і мотивації людських ресурсів, контролю якості кадрового потенціалу галузі. Такий комплексний аналіз може слугувати окремим напрямом дослідження. Отже, при формуванні та реалізації регіональної кадрової політики у системі охорони здоров'я повинні враховуватися сучасні тенденції, напрямки та проблеми використання й розвитку людських ресурсів галузі.

Таблиця 2.13

Аналіз відносної ефективності кадрової політики
у галузі охорони здоров'я Львівського регіону (комплексний підхід)

Показник	2008	2009	2010	Приріст (2010/2008), %
Обсяг послуг у сфері охорони здоров'я, реалізованих населенню (млн грн)	327,746	376,941	454,717	38,74
Обсяг витрат бюджету області на персонал, з них:	817,425	955,975	1530,50	87,23
– на підготовку високопрофесійних кадрів для закладів охорони здоров'я (млн грн)	23,814	28,287	33,957	42,59
– на забезпечення професійного розвитку медичних працівників (млн грн)	1,549	2,425	2,693	73,85
– на заробітну плату і нарахування на неї працівників галузі (млн грн)	792,062	925,263	1493,85	88,60
Відносна економічна ефективність (коефіцієнт)	0,40	0,39	0,30	-25,00
Відносна соціальна результативність *	1,23	1,32	1,21	-1,63
Обсяг наукових та науково-технічних робіт у галузі медицини, виконаних науково-дослідними установами (млн грн)	11,196	11,896	12,891	15,14
Обсяг загальних витрат на дослідження і розробки у галузі (млн грн)	11,196	11,926	12,814	14,45
Відносна інтелектуально-інноваційна ефективність (коеф.)	1,00	0,997	1,01	1,00
Інтегральний (комплексний) показник відносної ефективності за формулою (1.1)	0,789	0,801	0,716	-9,29

* За основу соціальної ефективності взято інтегральний індекс здоров'я, розрахунки якого подані у табл. 2.2.
Джерело: розраховано на основі даних за 2008-2010 рр. [125, с. 42, 54; 177; 232; 233; 287, с. 120; 290].

Розділ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ
ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ
КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У СИСТЕМІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ3.1. Моделювання і прогнозування
впливу кадрової політики на стан
здоров'я населення у регіоні

Сьогодні в регіональних соціально-економічних дослідженнях широко застосовуються методи економіко-математичного моделювання – представлення найсуттєвіших економічних взаємозв'язків досліджуваних об'єктів чи процесів у вигляді математичних функцій, нерівностей і рівнянь. Ці методи дають можливість підвищувати ефективність прийняття управлінських рішень у будь-якій галузі та кількісно оцінювати наслідки зміни певних показників. Крім того, економіко-математична модель, як стверджує професор Л. Т. Шевчук [334, с. 92], може бути засобом перевірки правильності сформульованих наукових гіпотез (наприклад, припущення, що кадрова політика в системі охорони здоров'я регіону в умовах реформування галузі є ключовим інструментом для збереження, зміцнення та розвитку її кадрового потенціалу, котрий, в свою чергу, визначає стан здоров'я населення і якість медичних послуг в регіоні) або ж сподіваного соціально-економічного розвитку. За правильно закладених у модель гіпотез, висновки, одержані завдяки моделі, є також правильними.

Як відомо, кінцева мета будь-яких змін у сфері охорони здоров'я – це поліпшення стану здоров'я населення. Для досягнення цієї мети

необхідно прагнути до вирішення проміжних завдань галузі, направлених на підвищення справедливості, якості, ефективності, доступності і стійкості медичної допомоги. У представленій нами економіко-математичній моделі, яка ґрунтується на багатофакторному кореляційно-регресійному аналізі, основну увагу приділено визначенню внеску компонентів системи охорони здоров'я, що відносяться до людських ресурсів, у досягнення кінцевої і відповідно проміжних цілей. Результати моделювання взаємозв'язку різних елементів регіональної кадрової політики (факторів) та інтегрального індексу здоров'я населення (залежної змінної) дозволяють знайти чіткі важелі впливу на кінцеву мету системи охорони здоров'я.

Інтегральний індекс, розрахований на початку аналітичної частини монографії (табл. 2.2), є лінійною комбінацією показників, які в найбільшій мірі характеризують здоров'я мешканців Львівщини, зокрема: 1) демографічні чинники; 2) медико-санітарні складові; 3) показники рівня та якості медичної допомоги. Такий комплексний підхід забезпечив вищу чутливість інтегрального показника до зміни факторів кадрової політики у галузі охорони здоров'я.

Найскладніше завдання у ході аналізу полягає у максималь-но точній і повній ідентифікації та оцінці параметрів моделі на основі об'єктивної, найбільш інформативної бази даних. Не менш важливим етапом дослідження є встановлення форми зв'язку між результативною (залежною) та факторними (незалежними) ознаками, тобто підбір рівняння регресії, яке найповніше відображає характер взаємодії між досліджуваними змінними. При великій кількості факторів для найкращої апроксимації результативної ознаки найчастіше використовується рівняння лінійної множинної регресії.

Для добору незалежних факторів було проведено ґрунтовний теоретичний якісний аналіз характеру взаємодії різних ознак, так як правильне застосування кореляційного методу потребує насамперед глибокого розуміння суті взаємозв'язків. Сам метод не виявляє причин виникнення тих чи інших зв'язків між явищами, його роль обмежується лише їх кількісною оцінкою.

На початковому етапі дослідження, виходячи з офіційних статистичних даних, було відібрано 89 факторів – індикаторів

кадрової політики у галузі охорони здоров'я Львівського регіону. Для коректного аналізу усі фактори були згруповані за п'ятьма напрямками: формування, розподіл, оцінка та розвиток, мотивація людських ресурсів, а також контроль якості кадрового потенціалу. Оскільки із збільшенням факторних ознак зростає похибка досліджень, надалі у процесі аналізу кількість факторів було зменшено. Відбір в межах кожної групи (напрямку) проводився за двома критеріями: наявність кореляції із результативною ознакою та відсутність мультиколінеарності, тобто тісної лінійної залежності, або сильної кореляції, між двома чи більше факторами. Явище мультиколінеарності призводить до зміщення оцінок параметрів моделі, через що не можливо зробити коректні висновки про результати взаємозв'язку залежної і незалежних змінних.

Одним із індикаторів наявності мультиколінеарності є перевищення парним коефіцієнтом кореляції величини 0,8 [41, с. 48]. Тому для усунення такої залежності з кореляційно-регресійної моделі у кожній групі необхідно виключити по одному чи кілька факторів, залишивши тільки ті з них, для яких значення парного коефіцієнта кореляції з результативним показником є більшим. Крім того, недоцільно включати до моделі факторні змінні, для яких значення вищезгаданого коефіцієнта менше або рівне 0,4. Результати попереднього аналізу представлені у табл. 3.1. Після перевірки факторів на мультиколінеарність і наявність кореляції з результативною ознакою було відібрано 18 незалежних змінних. Для побудови адекватної економетричної моделі ці дані стандартизувались, що дозволило звести їх до однорідного виду. Розрахунок стандартизованих значень показників для кожної групи проводився за однією з нижченаведених формул. Для стимуляторів, тобто факторів, зростання яких позитивно впливає на результативний показник, формула має такий вигляд:

$$Z_{ij} = \frac{X_{ij}}{X_{\max j}} \quad (3.1)$$

У випадку дестимуляторів, котрі, зростаючи, негативно впливають на інтегральний показник здоров'я, застосовується інша формула, а саме:

$$z_{ij} = \frac{x_{\min j}}{x_{ij}}, \quad (3.2)$$

де z_{ij} – стандартизоване значення j -го фактора в i -му інтервалі часу ($j = 1, \overline{m}$; $i = 1, \overline{n}$);
 x_{ij} – вихідні значення незалежних змінних;
 $x_{\max j}, x_{\min j}$ – максимальне чи мінімальне значення j -го фактора за весь період.

Перевірка якості рівняння множинної регресії за допомогою загальних коефіцієнтів кореляції та детермінації, F -критерію Фішера і стандартної похибки оцінки свідчить про наявність тісного достовірного зв'язку між факторними та результативною ознаками (табл. 3.2). Фактичне значення F -критерію при ступенях свободи (4, 5) і вибраному рівні довіри ($p = 0,00016$) є більшим за табличне, що підтверджує адекватність побудованої економетричної моделі.

У свою чергу, стандартизовані регресійні коефіцієнти дозволяють визначити внесок кожного фактора у варіацію інтегрального індексу здоров'я та прорангувати їх за цим критерієм. Аналогічне рангування можна здійснювати і за частинними коефіцієнтами кореляції, котрі показують ступінь впливу окремого фактора на результативний показник за умови нівелювання впливу решти факторів.

Найбільший вплив на залежну змінну має частка середнього медичного персоналу сільської місцевості (стандартизований регресійний коефіцієнт становить 0,382). Це можна пояснити тим, що доступність первинної медичної допомоги у сільській місцевості забезпечують переважно середні медичні працівники. А оскільки за експертними оцінками 80-90% усіх проблем зі здоров'ям вирішуються саме на рівні первинної ланки [17, с. 79], то навіть незначні зміни у забезпеченості сільського населення середнім медичним персоналом здатні суттєво позначитись на показниках здоров'я. При цьому слід враховувати і те, що частка сільського населення у Львівській області складає майже 40% і є набагато більшою, ніж, наприклад, у східних регіонах України.

Другим за величиною впливу на результативний показник, згідно з одержаним рівнянням множинної регресії, є фактор додаткової заробітної плати штатних працівників у системі охорони

Таблиця 3.1
Аналіз показників регіональної кадрової політики у галузі охорони здоров'я, що впливають на стан здоров'я населення (на прикладі Львівської області)*

Показник	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Кореляція з інтегральним індексом здоров'я ($r \leq 0,05$)	14
Напрямок I. Формування людських ресурсів (підсистема освітньо-наукового потенціалу)	К-сть штатних фахівців, які виконували науковий науково-технічний цикл навчання за напрямом «Медицина» (осіб)	155 0,692	184 0,821	220 0,982	224 1,000	216 0,964	186 0,830	205 0,915	204 0,911	210 0,938	213 0,951	0,64	0,69
Напрямок II. Розподіл людських ресурсів (підсистема зайнятості)	К-сть осіб, прийнятих на початковий цикл навчання за напрямом «Медицина» (осіб)	1246 0,763	1277 0,782	1395 0,855	1368 0,838	1434 0,879	1454 0,891	1593 0,976	1487 0,911	1320 0,809	1423 0,872	0,83	0,85
Рівень вибуття найманих працівників з причин кадрового скорочення (% до середньоблікового штатної к-сті)	К-сть випускників за напрямом «Медицина» (осіб)	2194 0,667	2257 0,686	2368 0,720	2481 0,754	3033 0,922	3061 0,931	3289 1,000	2593 0,788	3057 0,929	3056 0,929	0,83	0,85

Продовження табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
К-сть працевлаштованих незайнятих трудовою діяльністю громадян на посади службовців (осіб)	x ₂₂	542	608	703	795	790	753	1121	876	938	650	687	0,71
Забезпеченість штатними посадами сімейного лікаря (од. на 10 000 населення)	x ₂₃	0,4	0,5	0,6	0,7	0,9	1,5	1,7	2,1	2,5	2,8	3,0	0,74
Частка лікарів сільської місцевості (% до усіх лікарів в районах)	x ₂₄	13,7	14,1	15,3	15,5	16,8	15,4	15,4	16,0	16,4	15,9	15,9	0,79
Частка середнього медперсоналу сільської місцевості (% до всього середнього персоналу в районах)	x ₂₅	22,9	23,5	22,7	22,6	25,8	25,4	26,0	22,8	25,9	25,9	26,6	0,73
Напрямок III. Оцінювання та розвиток людських ресурсів (підсистема праці та розвитку)													
К-сть осіб, навчених новим професіям у навчальних закладах різних типів (% до кількості працівників, які пройшли навчання)	x ₃₁	54,2	45,4	31,8	53,8	73,8	71,4	67,9	91,7	90,5	80,0	76,3	0,61
Частка лікарів, котрі пройшли атестацію (% до усіх лікарів)	x ₃₂	65,4	67,8	67,9	68,4	69,6	70,4	68,7	68,9	68,9	69,0	69,2	0,80
Частка середнього медперсоналу, котрий пройшов атестацію (% до всього середнього персоналу)	x ₃₃	38,5	42,3	49,7	51,6	52,6	57,8	58,8	59,6	62,5	65,2	67,5	0,90
Напрямок IV. Мотивація людських ресурсів (підсистема стимулювання праці та соціального захисту)													
Обсяг витрат на дослідження і розробки у галузі (млн грн)	x ₄₁	2,173	2,517	2,782	2,918	3,384	5,027	8,518	8,380	11,196	11,926	12,814	0,55

Продовження табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Частка фонду додаткової заробітної плати штатних працівників (% до загального фонду)	x ₄₂	19,1	20,4	24,4	24,1	23,7	24,6	26,6	26,5	26,1	27,4	31,3	0,91
Частка інших заохочувальних та компенсаційних виплат штатним працівникам (% до загального фонду)	x ₄₃	1,7	2,2	2,6	3,3	2,2	2,8	2,9	2,9	2,9	2,2	3,2	0,50
К-сть працівників, охоплених колективними договорами (% до облікової штатної кількості персоналу)	x ₄₄	80,1	81,4	75,9	80,7	79,5	82,3	86,8	92,3	91,2	93,8	97,1	0,57
Напрямок V. Контроль якості кадрового потенціалу (підсистема організації праці та використання робочого часу)													
Коефіцієнт використання фонду робочого часу	x ₅₁	0,858	0,877	0,869	0,880	0,887	0,879	0,877	0,878	0,876	0,867	0,871	0,51
Обсяг втрат робочого часу на одного штатного працівника (год.)	x ₅₂	68	39	36	28	19	17	13	11	12	19	22	-0,85
К-сть штатних працівників, які знаходилися у щорічних відпустках (% до середньооблікової штатної к-сті персоналу)	x ₅₃	84,8	90,4	89,5	89,4	86,8	90,1	90,8	90,4	90,8	91,2	94,1	0,61
Інтегральний індекс здоров'я населення	y	1,00	1,09	1,14	1,18	1,26	1,22	1,33	1,22	1,23	1,32	1,21	x

* виділені курсивом значення показників є стандартизованими відповідно до формул 3.1 і 3.2.
Джерело: розраховано на основі офіційних статистичних даних за 2000–2010 рр.

Таблиця 3.2

Результати множинної регресії залежності рівня здоров'я населення від кадрової політики у системі охорони здоров'я Львівського регіону (оцінка методом покрокової регресії з F-включенням)

Параметри рівняння регресії і частинні коефіцієнти	1	Позначення	Стандартизовані регресійні коефіцієнти $Beta$	4	Стандартна похибка $Beta$ (σ^{Beta})	Нестандартизовані регресійні коефіцієнти (b)	Стандартна похибка b (σ^b)	t-критерій Стьюдента, $t(5)$	Рівень значимості (p)	Частинна кореляція		
										частинні коефіцієнти кореляції	напівчастинні коефіцієнти кореляції	коефіцієнти детермінації
Вільний член		b_0				-0,155	0,113	-1,374	0,228			
Частка фонду додаткової заробітної плати штатних працівників		x_{42}	0,308	0,130	0,314	0,314	0,133	2,363	0,065	0,726	0,143	0,782
Частка середнього медперсоналу сімейської місцевості		x_{25}	0,382	0,075	0,643	0,643	0,126	5,103	0,004	0,916	0,310	0,343
Чисельність штатних фахівців, які виконували наукові і науково-технічні роботи		x_{11}	0,281	0,091	0,305	0,305	0,099	3,082	0,027	0,809	0,187	0,558

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Чисельність випускників за напрямом «Медицина»	x_{13}	0,295	0,099	0,243	0,081	2,988	0,031	0,801	0,181	0,623
Коефіцієнт множинної кореляції	R	0,99074069								
F-критерій Фішера	F	$66,56358 > F_{\text{табл.}}$								
Коефіцієнт детермінації	R^2	0,98156711								
Скоригований коефіцієнт детермінації	$R^2_{\alpha k}$	0,96682080								
Степені свободи	df	4, 5 при $p = 0,00016$								
Стандартна похибка оцінки	σ_y	0,018312047								
Рівняння множинної регресії: $Y = -0,155 + 0,314 x_{42} + 0,643 x_{25} + 0,305 x_{11} + 0,243 x_{13}$										

Джерело: розраховано за допомогою програми Statistica 6.0.

здоров'я (стандартизований регресійний коефіцієнт – 0,308). До неї відносять різноманітні премії, доплати, надбавки та інші матеріальні заохочення. Більше значення додаткової заробітної плати пов'язане, на наше переконання, з тим, що основна заробітна плата у сфері охорони здоров'я не виконує ті функції, які на неї покладаються – відтворювальну, вартісну і спонукальну, оскільки рівень оплати праці у даній галузі є одним із найнижчих у соціальному секторі вітчизняної економіки. Щорічне підвищення заробітної плати не вирішує проблеми мотивації праці, оскільки темпи зростання доходів практично співпадають із щорічними темпами зростання цін. Крім того, існуюча тарифна система не передбачає диференційованого підходу до оплати праці (система «зрівнялівки»), тобто гнучкості ставок і окладів залежно від якості та обсягу виконаної роботи. Тому у такій ситуації додаткові матеріальні стимули здатні більше зацікавити медичного працівника й утримувати його в галузі, а це, в свою чергу, впливає на рівень і якість медичної допомоги населенню.

Випускники-медики є важливою складовою людських ресурсів сфери охорони здоров'я. Їхня чисельність відчутно впливає на показники здоров'я населення області, що підтверджує відповідний *Beta*-коефіцієнт (0,295). На жаль, велика частка молодих фахівців після закінчення навчальних закладів відсіюється через складні, часто небезпечні умови праці, недостатній рівень доходів у галузі, соціальну незахищеність, а також загальне зниження престижності професії медичного працівника. У зв'язку з цим значна частина людських ресурсів охорони здоров'я залишає країну, а держава не одержує назад коштів, які свого часу вклала у навчання цих фахівців, стаючи мимовільним донором (експортером) робочої сили для інших, як правило, розвинутих країн. Проте найбільш руйнівним наслідком є не фінансові втрати. В умовах слабкої системи охорони здоров'я, відсутності належного мотиваційного механізму витік кадрових ресурсів може поставити медичну галузь на межу розвалу, що спричинить втрату людських життів. За цих обставин трудова міграція перетворюється із втрати працівників охорони здоров'я у втрату людських життів.

Серед складових рівняння регресії найменший внесок у варіацію інтегрального індексу здоров'я у регіоні здійснює показник

чисельності фахівців, які виконують наукові і науково-технічні роботи (коефіцієнт *Beta* – 0,281), однак вплив даного чинника не слід недооцінювати. Високий рівень трудової міграції у вітчизняній сфері охорони здоров'я пов'язаний не лише з активною мобільністю медиків-практиків, але й з міграцією наукових кадрів, що завдає серйозної шкоди інтелектуально-інноваційному потенціалу галузі. Саме від нього залежить розвиток медичної науки, освіти і практики.

Загалом, усі фактори, що увійшли до рівняння множинної регресії, є стимуляторами, оскільки регресійні коефіцієнти є додатними (за винятком b_0). Це означає, що зростання факторних змінних позитивно впливає на результативний показник. Серед п'ятих напрямків кадрової політики пріоритетною виявлено складову формування людських ресурсів (підсистему освітньо-наукового потенціалу галузі), так як з-поміж факторів, включених до економетричної моделі, два належать саме до вищевказаного напрямку. Однак це не применшує значення і впливу чинників за рештою напрямків кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Комплексний підхід до формування та реалізації даної політики передбачає активну системну роботу за усіма її складовими.

Наступним етапом дослідження є прогнозування інтегрального індексу здоров'я населення Львівської області шляхом екстраполяції трендів – побудови значень прогнозних показників у майбутніх періодах на основі вивчення їх динаміки за попередні періоди. На рис. 3.1 представлено середньостроковий оптимістичний та песимістичний прогнози результативної ознаки залежно від обраної функції лінії тренду⁴². Оптимістичний сценарій зміни інтегрального показника спрогнозований з високою достовірністю (коефіцієнт детермінації – 0,8808) на основі поліноміальної лінії тренду. Відповідно до одержаних результатів до 2014 року досліджуваний індекс здоров'я населення регіону зростає на 3,0% у наступній послідовності: 1,33, 1,35, 1,36 та 1,37 (щороку в середньому на 0,01).

⁴² У прогнозний період включено 2011 рік, оскільки офіційні статистичні дані, які необхідні для розрахунку фактичного інтегрального індексу здоров'я населення Львівської області, щороку публікуються із річним лагом. У результаті, розрахунок фактичного інтегрального показника за 2011 рік станом на кінець 2012 року є об'єктивно неможливим.

В умовах посилення економічної нестабільності у регіоні, погіршення функціонування системи охорони здоров'я (особливо в частині формування, використання і розвитку галузевого кадрового потенціалу) та за інших несприятливих обставин, допускається імовірність песимістичного сценарію, тобто можливість значного скорочення індексу здоров'я населення (приблизно на 13,2%) – з 1,21 у 2011, 1,17 у 2012, 1,12 у 2013 до 1,05 у 2014 роках. При цьому рівняння степеневі лінії тренду побудоване практично з такою ж достовірністю ($R^2 = 0,8752$), як і рівняння поліноміальної лінії тренду, що представляє цілком протилежний прогноз.

Практичне значення проведеного економіко-математичного моделювання та екстраполяційного прогнозування регіональної кадрової політики у сфері охорони здоров'я полягає:

- по-перше, в аналізі кадрового потенціалу галузі та процесів, які на нього впливають;
- по-друге, у передбаченні розвитку досліджуваних соціально-економічних процесів у галузі та прогнозуванні наслідків тих чи інших кадрових заходів (тобто прогнозуванні результатів впливу на кінцеві показники здоров'я нової політики управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я);
- по-третє, у виробленні конкретних управлінських рішень та важелів впливу на регіональному рівні.

Так, для прикладу, при одиницісотковому підвищенні значень кожної факторної змінної (x_{42} , x_{25} , x_{11} , x_{13}) у рівнянні множинної регресії (табл. 3.2) величина інтегрального показника (Y) збільшиться на 1,2% і досягне рівня 1,326 ($-0,155 + 0,314 \times 1,010 + 0,643 \times 1,006 + 0,305 \times 0,947 + 0,243 \times 0,939$) з 95% інтервалом довіри – від 1,299 до 1,354.

На основі одержаного рівняння множинної регресії можна не лише прогнозувати значення результативної ознаки, а й передбачати її зміну залежно від поставлених цілей, що суттєво удосконалисть процес моделювання регіональної кадрової політики в системі охорони здоров'я. Загалом, чітко сформульована і добре продумана політика щодо людських ресурсів охорони здоров'я є важливим механізмом, за допомогою якого можливо суттєво поліпшити показники діяльності всієї галузі і, як наслідок, покращити стан здоров'я населення.

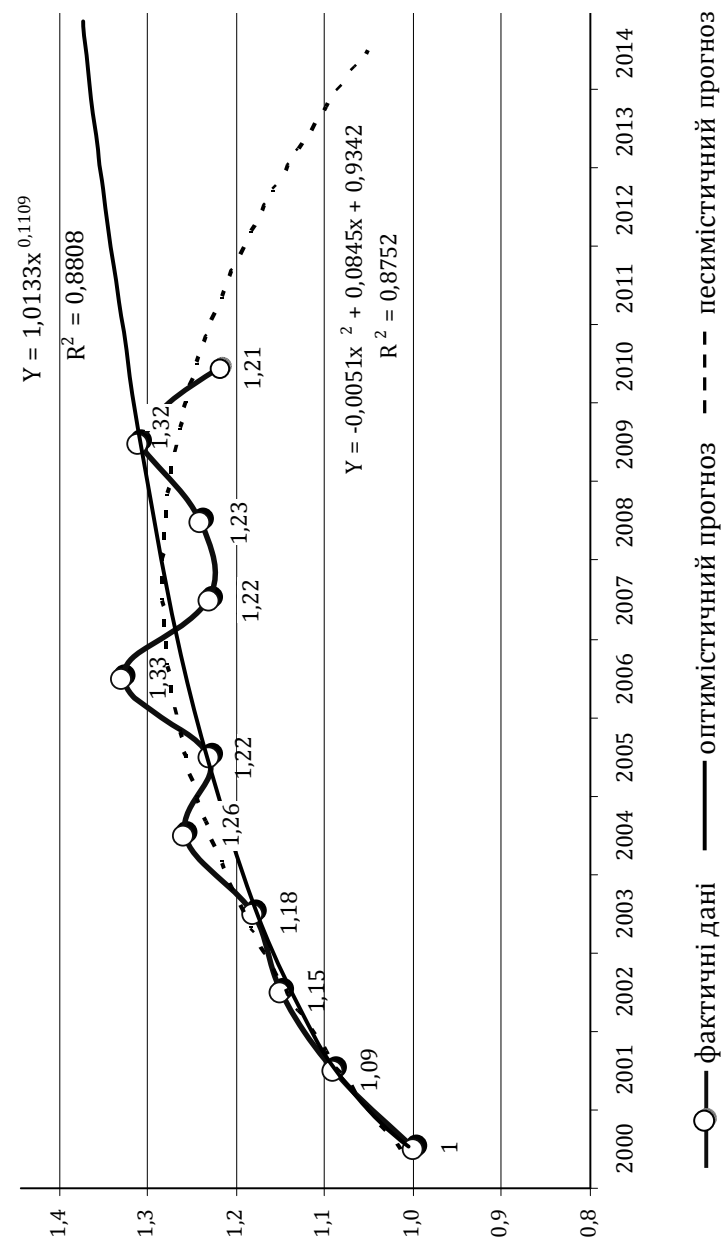


Рис. 3.1. Прогнозування динаміки інтегрального показника здоров'я населення Львівської області до 2014 року (оптимістичний і песимістичний сценарії)

Таким чином, в умовах сучасної складної соціально-економічної ситуації організація медичної допомоги і формування галузевої кадрової політики, як на державному, так і регіональному чи муніципальному рівнях, повинні враховувати комплексну оцінку діяльності системи охорони здоров'я і стану здоров'я населення як важливого індикатора якості медичної допомоги.

Як відомо, високі показники смертності та щорічне зростання захворюваності населення Львівської області негативно впливають на розвиток людського потенціалу регіону та демографічні перспективи нації загалом. Тому стратегічним пріоритетом у державній та регіональній політиці на шляху подолання системної демографічної кризи має стати суттєве поліпшення стану здоров'я населення та залучення для цього всіх необхідних механізмів і засобів.

Одним із таких механізмів, як зазначалось вище, є кадрова політика, котра повинна ґрунтуватися на сучасних підходах та принципах управління людськими ресурсами (відповідно до гуманістичної управлінської концепції). Необхідно зауважити, що у вітчизняній кадровій політиці у сфері охорони здоров'я існує багато проблем, пов'язаних з особливостями її формування та реалізації, до яких варто віднести такі:

- 1) відсутність чітких офіційно сформульованих та усвідомлених цілей, пріоритетів і завдань на конкретний період, що веде до нерационального використання та зменшення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я;
- 2) акцентування уваги на окремих, як правило, першочергових і невідкладних напрямках удосконалення кадрової роботи в галузі, що свідчить про реактивно-превентивний характер політики;
- 3) декларативність, оскільки більшість проголошуваних напрямків і заходів з її удосконалення є загальними і неконкретними, реалізація яких ускладнюється також через недостатність політичної волі;
- 4) відсутність спеціального (цільового) стратегічного плану, програми чи концепції розвитку людських ресурсів у системі охорони здоров'я, що зумовлює певну хаотичність і неузгодженість практичних дій у цій сфері;

- 5) високий ступінь централізації, що, на наше переконання, є наслідком неефективної в сучасних соціально-економічних умовах застарілої пострадянської моделі охорони здоров'я;
- 6) погіршення кадрового потенціалу галузі та інші переважно деструктивні наслідки, підтвердженням чого є високий рівень зовнішньої міграції медичних кадрів, зменшення кількості практикуючих лікарів, диспропорції у кількості лікарів та середнього медичного персоналу, дефіцит кадрів первинної ланки охорони здоров'я, нестача медичних працівників у сільській місцевості, низький рівень оплати праці у галузі порівняно з іншими сферами національної економіки, зростання у структурі людських ресурсів охорони здоров'я частки осіб пенсійного і передпенсійного віку тощо;
- 7) негнучкість, на що вказує важкість реформування галузі в частині її кадрового потенціалу та повільне пристосування кадрової політики до змін факторів зовнішнього середовища і загального розвитку системи охорони здоров'я;
- 8) низька диференційованість окремих напрямків кадрової політики – так, наприклад, відсутня варіативна складова тарифних ставок медичних працівників, яка б залежала від кількості та якості їхньої роботи;
- 9) соціальна незахищеність кадрів через відсутність гарантій високої ефективності зайнятості, велику плинність кадрів, зростання рівня безробіття серед випускників медичних і фармацевтичних навчальних закладів, недоукомплектованість штатних посад за окремими медичними спеціальностями та в сільській місцевості, що загалом характерно для бюрократичної моделі ринку праці.

Таким чином, сучасні умови розвитку суспільства та складна ситуація у вітчизняній системі охорони здоров'я ставлять перед суб'єктами управління нові вимоги щодо формування і реалізації кадрової політики. Враховуючи тип та особливості вищезгаданої політики у сфері охорони здоров'я Львівської області, можна сформулювати основні принципові вимоги, яким вона повинна відповідати, зокрема:

- дієвість (регіональна кадрова політика не повинна бути декларативною та абстрактною);

- збалансованість дій у системі «мета – засоби досягнення мети»;
- врахування неоднорідності об'єкту управління – людських ресурсів охорони здоров'я;
- системність, комплексність і поетапність проведення кадрової роботи;
- підвищення соціальної орієнтованості політики та значимості кадрів охорони здоров'я (особливо медичного персоналу) як головного ресурсу галузі;
- новаторський характер, прогнозованість і перспективність (врахування майбутніх тенденцій у сфері управління людськими ресурсами галузі та орієнтація на довготермінове планування);
- послідовно демократичний характер;
- децентралізація управління із залученням громадськості та пов'язаних із системою охорони здоров'я сторін (представників різних органів виконавчої влади, закладів охорони здоров'я, медичних навчальних закладів тощо);
- формалізація регіональної кадрової політики (закріплення у спеціальному програмному документі) та її зв'язок із концепцією і стратегією управління людськими ресурсами в галузі.

Сьогодні цільові програми у сфері охорони здоров'я набувають усе більшого поширення. Програмно-цільове управління дозволяє не тільки концентрувати ресурси на пріоритетних напрямках галузевої політики, але й здійснювати комплексний підхід до розв'язання найбільш актуальних проблем на основі міжгалузевої взаємодії.

Головною перевагою програмно-цільового підходу до формування кадрової політики у сфері охорони здоров'я регіону, на нашу думку, є встановлення прямого зв'язку між виділенням бюджетних коштів та їх використанням на основі визначених стратегічних кадрових цілей і тактичних завдань за усіма напрямками політики, а також з урахуванням розробленої системи показників. Результатом застосування програмно-цільового підходу стане поліпшення прозорості й обґрунтованості бюджету щодо конкретних видатків державних і територіальних органів, підвищення ефективності діяльності розпорядників коштів для досягнення

мети, посилення зв'язку між завданнями розпорядників коштів та бюджетним фінансуванням.

Настав той час, коли, зважаючи на відсутність суттєвих результатів перебудови вітчизняної охорони здоров'я, варто ретельно переглянути раніше розроблені та затверджені концепції, програми і плани такої перебудови в частині кадрової політики. Потрібно вдосконалити ідеологію перебудови, що є первинним, а потім використовувати для цього ресурси. Не можна говорити про механізми державного (у тому числі регіонального) кадрового управління в системі охорони здоров'я, коли немає основи – чіткої концепції і стратегічного плану розвитку людських ресурсів галузі. Тому для того, щоб механізми були дієвими, треба починати саме з цього, а закінчувати конкретними програмами, проектами і шляхами їх реалізації. Нелогічно займатися лише вузькоспеціалізованим аналізом того або іншого напрямку кадрової роботи, не визначившись концептуально із головним вектором. Необхідно зосереджуватись передусім на стратегічному кадровому управлінні галуззю, починаючи з концепції розвитку на 10 років і закінчуючи поточними завданнями. І нарешті, на основі комплексного аналізу кадрової ситуації, внутрішніх і зовнішніх факторів, світових тенденцій, а також виходячи із прогнозів на найближчі 10–15 років, необхідно розробити стратегію розвитку людських ресурсів системи охорони здоров'я на регіональному рівні (зокрема для Львівської області), закріпивши її у відповідній цільовій програмі. При цьому варто враховувати загальнодержавні пріоритети, стратегічні цілі розвитку регіону та особливості його соціальної сфери.

Загалом, процес планування кадрової політики складається із послідовних етапів, що включають нормування, програмування і моніторинг людських ресурсів галузі (табл. 3.3). Дотримання цілей і виконання потрібних заходів дозволить забезпечити чіткість, дієвість та результативність даної політики.

Зазначений механізм функціонуватиме ефективно лише в тому випадку, коли буде налагоджено систему постійного регіонального моніторингу кадрового потенціалу в галузі охорони здоров'я, а також – коли результати такого моніторингу матимуть прикладний характер.

Таблиця 3.3

Механізм формування кадрової політики у системі охорони здоров'я регіону

Етап	Ціль	Необхідні заходи
1. Нормування	Узгодження принципів і цілей управління людськими ресурсами із стратегічним розвитком галузі і регіону загалом	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аналіз концептуальних напрямів розвитку системи охорони здоров'я. 2. Порівняння показників діяльності галузі на рівні регіону (у т. ч. в частині формування, збереження та розвитку кадрового потенціалу) із встановленими чи рекомендованими нормативами (еталонними або середніми значеннями). 3. Виявлення диспропорцій, порушень законодавства та інших негативних аспектів у кадровій політиці.
2. Програмування	Розробка програм з урахуванням умов та можливих змін середовища	<ol style="list-style-type: none"> 1. Формулювання конкретних стратегічних цілей з урахуванням попереднього етапу нормування. 2. Розробка у формі програмного документу системи заходів щодо досягнення цілей та усунення «вузьких місць» сучасної кадрової політики. 3. Передбачення очікуваних змін у результаті реалізації програми.
3. Моніторинг кадрового потенціалу	Розробка процедур діагностики та прогнозування кадрової ситуації	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аналіз стану кадрового потенціалу в галузі. 2. Розробка програми постійної діагностики та конкретних заходів щодо розвитку знань, умінь та навичок персоналу охорони здоров'я. 3. Оцінка ефективності кадрових заходів у даному секторі. 4. Проведення постійного регіонального моніторингу персоналу, контролю виконання програм оцінки, атестації та планування кар'єри, створення сприятливих умов праці тощо.

Джерело: розроблено автором.

3.2. Регіональний моніторинг кадрової політики у сфері охорони здоров'я як інструмент ідентифікації якості медичних послуг

Сьогодні, в умовах дефіциту ресурсів, вкрай важливим питанням галузевого управління є наукове обґрунтування ефективності кадрової політики, спрямоване на досягнення відповідності потреб населення у медичних кадрах, рівномірності їх розподілу у досліджуваному регіоні та вирішення інших складних завдань. Ми погоджуємося з думкою російських учених В. Міняєва та М. Вишнякова стосовно того, що такі завдання вимагають постійного моніторингу стану і структури людських ресурсів охорони здоров'я (в першу чергу, медичного персоналу), вивчення тенденцій зміни їх чисельності, рівня забезпеченості ними населення і співвідношення між окремими категоріями персоналу, аналізу медико-демографічних показників тощо [130, с. 409]. Вищезгаданий моніторинг доцільно проводити на усіх рівнях управління, у тому числі на регіональному, а його результати повинні бути головною інформаційною базою для визначення потреби суспільства у медичних кадрах та формування якісної кадрової політики. Лише активна роль останньої дозволить забезпечити розроблення цільових кадрових програм у сфері охорони здоров'я, їх корегування на основі постійного моніторингу кадрової ситуації у конкретному регіоні та відповідно до змін зовнішнього середовища. Крім того, світовий досвід підтверджує, що моніторинг є одним із найдоступніших методів встановлення причинно-наслідкових зв'язків між результатами діяльності та чинниками, що впливають на них, виявлення критичних точок («вузьких місць») будь-якої системи.

Важливість і доцільність проведення загального кадрового моніторингу у сфері охорони здоров'я визначено в Указі Президента України від 8 серпня 2000 року № 963 «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України» та у Постанові уряду від 28 грудня 2000 року № 1907 «Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення

закладів охорони здоров'я». Так, моніторинг та оцінка системи надання медичної допомоги, як соціально-економічного явища, відбуваються шляхом вивчення основних показників, що характеризують рівень і структуру, використання ресурсів охорони здоров'я, якості та ефективності надання медичної допомоги населенню за різними напрямками.

З 1999 року в Українському інституті громадського здоров'я (під егідою профільного міністерства) офіційно ведеться моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні з визначенням інтегральної оцінки (рейтингу) для кожного регіону.

Аналогічний моніторинг повинен бути розроблений і регулярно виконуваний стосовно кадрової політики у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. Для цього має бути створений чіткий перелік показників, структурованих за терміном їх подання (щомісячно, щоквартально, щопіврічно, щорічно). Крім того, зазначені показники доцільно групувати за функціональними напрямками політики у сфері людських ресурсів системи охорони здоров'я, зокрема:

- 1) формування кадрів (підготовка людських ресурсів, кадрове забезпечення галузі тощо);
- 2) розподіл кадрів (зайнятість, розміщення і вивільнення працівників);
- 3) оцінка та розвиток персоналу (атестація, професійне навчання, підвищення кваліфікації);
- 4) мотивація персоналу (матеріальне і нематеріальне стимулювання);
- 5) контроль якості кадрового потенціалу і надання медичних послуг.

Здійснення такого структурованого моніторингу з відповідною періодичністю дозволить отримувати необхідну об'єктивну інформацію для оперативного і стратегічного керівництва, обґрунтування перспективних управлінських рішень, спрямованих на збереження та розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров'я. Окремою складовою вищезгаданого моніторингу має бути регулярне вибіркове обстеження закладів охорони здоров'я різних типів та форм власності на рівні регіону. З його допомогою

можна визначити і певною мірою кількісно оцінити тенденції зміни попиту на медичні кадри у розрізі окремих професійних груп та освітньо-професійних напрямів підготовки, а також оцінити проблему трудової міграції серед працівників галузі. У свою чергу, прогнози, зроблені на базі такого обстеження, дозволять ефективніше використовувати бюджетні кошти на підготовку потрібних фахівців для найменш забезпечених сфер надання медичних послуг.

Зразок запропонованого опитування представлено у Дод. Р. При проведенні цього обстеження респондентами повинні виступати експерти з проблем якісного кадрового забезпечення охорони здоров'я – тобто керівники, фахівці з кадрових питань різних медичних закладів. А в частині опитування щодо намірів і схильностей до трудової міграції – респондентом може бути будь-який працівник медичного закладу.

Володіючи інформацією щодо сучасних тенденцій розвитку кадрової ситуації в системі охорони здоров'я регіону, державні органи влади та інші суб'єкти кадрової політики матимуть змогу порівнювати показники діяльності галузі (у т. ч. в частині формування, збереження та розвитку кадрового потенціалу) із встановленими чи рекомендованими нормативами (еталонними або середніми значеннями). На основі відповідного нормування та узгодження цілей необхідно розробити у формі спеціального програмного документу систему заходів щодо досягнення цілей та усунення «вузьких місць» у галузевому управлінні людськими ресурсами.

Варто зазначити, що сьогодні активним учасником процесу формування кадрової політики, стратегій і планів у сфері охорони здоров'я виступає Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) – особливо у країнах Азії та Африки, оскільки там медичні системи, як і весь соціальний сектор, знаходяться у вкрай складному становищі. Використовуючи програмно-цільовий підхід, багато держав розробляють та успішно реалізують цільові кадрові програми у галузі на період 5–10 років, значно пришвидшують та полегшують процес реформування сектору охорони здоров'я. Крім того, ВООЗ активно заохочує держави розробляти власні кадрові програми в системі охорони здоров'я на регіональному рівні, що передбачає

децентралізований підхід до управління (надання ширшої автономії регіональним суб'єктам).

Аналіз кадрового потенціалу та особливостей управління людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я у Львівському регіоні дозволив знайти «вузькі місця» (слабкі ланки) кадрової політики і на основі нормативного підходу сформулювати стратегічні кадрові цілі до 2015 року. У табл. 3.4 – 3.9 подано результати нормування кадрових показників, згрупованих за окремими напрямами, котрі розглядалися в аналітичній частині монографії і джерелами яких є офіційні статистичні дані та власні розрахунки автора. Орієнтиром у ході нормування виступили порогові (у випадку наявності міжнародних рекомендацій або вимог національного законодавства) та середні (в разі відсутності конкретних рекомендацій) значення індикаторів.

Варто зауважити, що ліквідація виявлених «вузьких місць» дасть можливість суттєво підвищити функціональну ефективність досліджуваної кадрової політики у регіоні та роботи системи охорони здоров'я в цілому. Так, в частині формування людських ресурсів галузі стратегічними цілями на рівні області повинні бути наступні: збільшення підготовки терапевтів, педіатрів, фтизіатрів, офтальмологів, рентгенологів і радіологів, лаборантів, рентген-лаборантів, фельдшерів; виконання у повному обсязі затвердженого плану цільового прийому сільської молоді; забезпечення 100% працевлаштування випускників ВМНЗ, які навчалися за державним замовленням; підвищення престижності професії медичного працівника та проведення відповідних профорієнтаційних заходів (табл. 3.4). Для системи охорони здоров'я Львівської області характерна, як бачимо, значна кадрова диспропорція – у територіальній, віковій, професійно-кваліфікаційній і штатно-посадовій структурах (табл. 3.5). Пріоритетними завданнями на шляху подолання зазначеного дисбалансу є підвищення рівня та якості кадрового забезпечення районів області; збільшення зайнятості молоді у системі охорони здоров'я; вирівнювання структурної диспропорції (зокрема у співвідношенні кількості лікарів і середніх медичних працівників); забезпечення повної укомплектованості штатних посад лікарями та середнім медичним персоналом (у т. ч. фахівцями загальної практики).

Таблиця 3.4

Визначення «вузьких місць» у підсистемі підготовки людських ресурсів та обґрунтування стратегічних цілей кадрової політики в охороні здоров'я Львівської області

Індикатор	Фактичний стан індикатора (на поч. 2010 року)	Орієнтир	+/-*	Ціль до 2015 року (бажаний стан індикатора)
1	2	3	4	5
Кількість усіх абітурієнтів (на базі 11(12) класів) у розрахунку на річну потужність усіх ВМНЗ I–IV рівнів акредитації	на 1 студента ВМНЗ припадає 2,2 усіх абітурієнтів	1,5-2,0 (рекомендація ВООЗ)	+	Підвищувати престижність професії медичного працівника, проводити відповідні профорієнтаційні заходи (особливо на користь мало популярних спеціальностей)
Навантаження на професорсько-викладацький склад (зокрема співвідношення між кількістю викладачів і студентів у ВМНЗ III–IV рівнів акредитації за напрямом «Медицина»)	1 : 4	1 : 6 (Постанова Кабінету Міністрів України № 1130 від 25.08.2004 р.)	-	Збільшити навантаження на професорсько-викладацький склад у ВМНЗ області як мінімум у 1,5 рази
Квота цільового набору сільської молоді у загальному обсязі державного замовлення у ВМНЗ IV рівня акредитації	25% (за винятком напрямку підготовки «Стоматологія» – 30%)	25% (норматив згідно з Наказом Міністерства освіти і науки)	+	Зменшити квоту цільового набору сільської молоді на стоматологічний факультет до 25%. Виконувати у повному обсязі затверджений план цільового прийому

Продовження табл. 3.4

1	2	3	4	5
Частка випускників у загальній структурі тих, хто поступив у ВМНЗ I-IV рівнів акредитації за напрямом «Медицина»	234% (кількість випущених фахівців – 3087 осіб; кількість прийнятих на початковий цикл навчання – 1320 осіб)	України № 802 від 02.09. 2008 р.) 85–95%, з них: 85% в медичних інститутах та університетах, 90–95% в медичних училищах і коледжах (рекомендація ВООЗ)	–	Збільшити набір, у першу чергу, на спеціальності, що користуються невеликим попитом. Збільшити підготовку найбільш затребуваних фахівців (терапевтів, педіатрів, фтизіатрів, офтальмологів, рентгенологів і радіологів, лаборантів, рентген-лаборантів, фельдшерів)
Частка працевлаштованих випускників ВМНЗ, які навчались за державним замовленням	100% випускників закладів МОЗ України)	100% (ідеальна ситуація)	+	Надалі забезпечувати 100%-ве працевлаштування випускників ВМНЗ, які навчались за держзамовленням

«+» – фактичний стан індикатора відповідає орієнтиру;
«-» – не відповідає орієнтиру («вузьке місце»).

Таблиця 3.5

Визначення «вузьких місць» у підсистемі розподілу людських ресурсів та обґрунтування стратегічних цілей кадрової політики в охороні здоров'я Львівської області

Індикатор	Фактичний стан індикатора (на поч. 2010 року)	Орієнтир	+/-*	Ціль до 2015 року (бажаний стан індикатора)
1	2	3	4	5
<i>Географічний (територіальний) розподіл людських ресурсів</i>				
Відношення найвищого рівня забезпеченості лікарями до найнижчого рівня за районами	2,3 (Городоцький район – 37,1 осіб на 10 тис. нас.; Самбірський – 16,0)	1,0 (за принципом справедливості, рекомендація ВООЗ)	–	Підвищити забезпеченість лікарями у Самбірському районі до середньорайонного рівня – 26,1 осіб на 10 тис. населення
Відношення найвищого рівня забезпеченості середнім медичним персоналом до найнижчого рівня за районами	2,3 (Бродівський р-н – 89,7 осіб на 10 тис. нас.; Пустомитівський – 38,6)	1,0 (за принципом справедливості, рекомендація ВООЗ)	–	Підвищити забезпеченість середнім медперсоналом у Пустомитівському районі до середньорайонного рівня – 70,6 осіб на 10 тис. населення
Відношення найвищого рівня забезпеченості лікарями до найнижчого рівня серед міст обласного значення	8,8 (м. Моршин – 344,2 осіб на 10 тис. нас.; м. Новий Розділ – 39,0)	1,0 (за принципом справедливості, рекомендація ВООЗ)	–	Підвищити забезпеченість лікарями у м. Новий Розділ як мінімум до середньообласного значення – 58,4 осіб на 10 тис. населення

Продовження табл. 3.5

1	2	3	4	5
Відношення найвищого рівня забезпеченості середнім медичним персоналом до найнижчого рівня серед міст обласного значення	9,7 (м. Моршин – 939,4 осіб на 10 тис. нас.; м. Новий Розділ – 96,4)	1,0 (за принципом справедливості, рекомендація ВООЗ)	–	Підвищити забезпеченість середнім медперсоналом у м. Новий Розділ як мінімум до середньообласного значення – 111,6 осіб на 10 тис. нас.
<i>Віковий розподіл людських ресурсів</i>				
Співвідношення чисельності молоді (осіб до 34 років) та осіб пенсійного віку у галузі	1,1 : 1 (в обліковій кількості штатних працівників галузі 25,5% складає молодь, а 22,7% – особи пенсійного віку)	1,2 : 1 (середнє співвідношення по Україні)	–	Збільшити зайнятість молоді у системі охорони здоров'я області як мінімум на 10% (приблизно на 3 тис. осіб)
<i>Розподіл і структура людських ресурсів за професійно-кваліфікаційними ознаками</i>				
Розподіл працівників галузі за професійними групами	35,2% – лікарі, провізори і фармацевти (17,6 тис. осіб);	20–30% – лікарі, провізори і фармацевти; 30–40% – середній	+ –	Збільшити частку молодших медичних працівників (допоміжного персоналу) у структурі людських ресурсів охорони здоров'я

Продовження табл. 3.5

1	2	3	4	5
1	56,6% – середній медичний персонал (28,2 тис. осіб); 8,2% – молодші медичні сестри (4,1 тис. осіб)	медичний персонал; 40–50% – допоміжні та інші працівники (рекомендація ВООЗ)		
Розподіл лікарів за наявністю кваліфікаційної категорії	31% – без категорії; 69% – із категорією	32% – без категорії; 68% – із категорією (в середньому по Україні)	+	Заохочувати лікарів до одержання кваліфікаційної категорії та її підвищення
Співвідношення кількості лікарів і середнього медичного персоналу	1 : 2 (14,8 тис. лікарів та 28,2 тис. середнього медперсоналу)	1 : 4 – 1 : 5 (рекомендація ВООЗ)	–	Привести зазначене співвідношення у відповідність до міжнародних вимог – як мінімум до 1 : 4
Співвідношення кількості лікарів і медичних сестер	1 : 1,5 (14,8 тис. лікарів та 21,7 тис. медсестер)	1 : 2 – 1 : 4 (рекомендація ВООЗ)	–	Привести зазначене співвідношення у відповідність до міжнародних вимог – як мінімум до 1 : 2
Частка лікарів загальної практики у загальній чисельності лікарських кадрів	4,6% (681 лікар заг. практики)	8-10% (рекомендація ВООЗ)	–	Удвічі підвищити частку лікарів загальної практики

Продовження табл. 3.5

1	2	3	4	5
Питома вага науковців у галузі	1,2% (210 штатних фахівців і 784 сумісники)	Мінімум 3% (рекомендація ВООЗ)	-	Збільшити частку наукових працівників у системі охорони здоров'я до 3%
<i>Штатно-посадовий розподіл людських ресурсів</i>				
Укомплектованість штатних посад лікарями	96,6% (у т. ч. сімейними лікарями – 96,4)	100% (ідеальна ситуація)	-	Забезпечити повну укомплектованість штатних посад лікарями (у т. ч. сімейними)
Укомплектованість штатних посад середнім медичним персоналом	98,1% (у т. ч. сімейними медичними сестрами – 97,7)	100% (ідеальна ситуація)	-	Забезпечити повну укомплектованість штатних посад середнім медичним персоналом (у т. ч. сімейними медсестрами)
Частка фельдшерсько-акушерських пунктів, укомплектованих лише посадою фельдшера, акушерки або медсестри (у % до всіх ФАПів)	38,3% ФАПів укомплектовані лише посадою фельдшера, 10,6 – акушерки, 29,7 – медсестри	0 (ідеальна ситуація)	-	Звести до мінімуму кількість ФАПів з однією штатною одицею шляхом їх повного укомплектування або реорганізації

* «+» – фактичний стан індикатора відповідає орієнтиру; «-» – не відповідає орієнтиру («вузьке місце»).

Примітка: значне кадрове забезпечення галузі у Моршині пов'язане головним чином з тим, що це місто з потужним оздоровчо-рекреаційним потенціалом, у санаторно-курортних закладах якого зайнята велика кількість медичних працівників (особливо середнього персоналу).

Загалом, за спеціальностями найбільше вільних лікарських посад в області серед: педіатрів – 35,75 посади; онкологів – 29,5 посади; анестезіологів – 20,0 посад. Найгіршою залишається ситуація із забезпеченістю лікарями-педіатрами у Старосамбірському, Радехівському, Бродівському, Турківському і Сколівському районах. В області поступово зменшується кількість лікарів-педіатрів у зв'язку з активним розвитком сімейної медицини. Як наслідок, найбільша кількість працюючих пенсіонерів-лікарів у Львівській області серед: терапевтів – 13,8% (295 осіб), педіатрів – 9,3% (199), стоматологів – 8,4% (180), акушер-гінекологів – 6,6% (140), організаторів охорони здоров'я – 6,2% (132), хірургів – 4,7% (100) [33; 145]. Зайнятість молоді у галузі охорони здоров'я щороку зменшується (в середньому на 600 осіб).

Проблеми та перспективні цілі кадрової політики в частині використання медичного персоналу (умови праці, навантаження, рух та атестація кадрів) представлені у табл. 3.6.

З метою підвищення якості праці у галузі охорони здоров'я та рівня медичної допомоги у регіоні необхідно зменшити ліжкове навантаження на одного лікаря, підвищити забезпеченість сільського населення лікарями загальної практики (шляхом збільшення кількості штатних посад зазначених фахівців у сільській місцевості як мінімум на 40%), зменшити рівень вимушеної неповної зайнятості персоналу в системі охорони здоров'я; забезпечити майже стовідсоткову атестацію лікарів, котрі їй підлягають, підвищити рівень відновлення кадрів у галузі (тобто збільшити співвідношення кількості прийнятих працівників до кількості звільнених з різних причин), а також оновити основні фонди (засоби) в охороні здоров'я регіону і зменшити ступінь їх зносу.

Що стосується проблем фінансування галузі в частині використання та розвитку людських ресурсів системи охорони здоров'я, то виявлено багато «вузьких місць» у цій підсистемі (табл. 3.7). Значне недофінансування галузі породило проблему демотивації праці та нестачі кадрів за окремими спеціальностями. Для вирішення цих проблем у кадровій політиці необхідно передбачити такі завдання: збільшити рівень оплати праці у галузі як мінімум у 3 рази, забезпечити «поріг відчутності» міжрозрядної різниці у єдиній тарифній сітці, запровадити мінімальну тарифну ставку

Таблиця 3.6

Визначення «вузьких місць» у підсистемі використання медичного персоналу та обґрунтування стратегічних цілей кадрової політики в охороні здоров'я Львівської області

Індикатор	Фактичний стан індикатора (на поч. 2010 року)	Орієнтир	* - / +	Ціль до 2015 року (бажаний стан індикатора)
1	2	3	4	5
Кількість працівників (окремо лікарів і середнього медичного персоналу) у розрахунок на 100 ліжкарняних ліжок (співвідношення «працівник – матеріальні ресурси»)	на 100 ліжок припадає 60 лікарів та 115 середніх медичних працівників	на 100 ліжок в Україні припадає 51 лікар та 107 середніх медичних працівників: чим більша кількість лікарів, тим менше ліжкове навантаження на 1 лікаря	+	Сприяти зменшенню навантаження на 1 лікаря з метою підвищення якості його праці
Чисельність прикріпленого населення на одну штатну посаду лікаря загальної практики	міського населення – 1390,61 ос./штат.од., сільського населення – 2074,92 ос./штат. од.	1400–1500 осіб міського населення на 1 посаду сімейного лікаря, для сільського населення – 1200 осіб (наказ МОЗ України № 122 від 12.03.2008 р.)	+	Підвищити забезпеченість сільського населення лікарями загальної практики, збільшивши кількість штатних посад у сільській місцевості як мінімум на 40%, і привести навантаження на 1 лікаря у відповідність до затвердженого нормативу

Продовження табл. 3.6

1	2	3	4	5
Частка персоналу в галузі, що працює на засадах вимушеної неповної зайнятості (у складі середньооблікової чисельності працівників)	7,5% (5879 осіб)	2,2% або 27,7 тис. осіб (значення у галузі в Україні)	-	Зменшити рівень вимушеної неповної зайнятості персоналу в системі охорони здоров'я регіону як мінімум у 2 рази
Питома вага атестованих лікарів від тих, хто підлягав атестації	99,1%	100% (ідеальна ситуація, рекомендація ВООЗ)	-	Забезпечити 100% атестацію лікарів, котрі підлягають атестації
Рівень плінності кадрів (кількість вивільнених з непланових причин осіб в рік у відношенні до середньооблікової чисельності персоналу)	7,1% (5545 осіб)	5–8% (розрахунок експертів [284, с. 164])	+	Проводити активну політику зайнятості у галузі
Коефіцієнт відновлення кадрів як співвідношення кількості прийнятих працівників до кількості звільнених з різних причин у галузі	0,93	0,95 (значення у галузі в Україні)	-	Підвищити рівень відновлення кадрів у системі охорони здоров'я як мінімум на 2%
Ступінь зносу основних засобів у галузі охорони здоров'я як важлива умова праці та чинник якості медичної допомоги	54,6%	44,0% (значення у галузі в Україні)	-	Оновити основні фонди в охороні здоров'я регіону і зменшити ступінь зносу основних засобів як мінімум на 20%

* «+» - фактичний стан індикатора відповідає орієнтіру; «-» - не відповідає орієнтіру («вузьке місце»).

Таблиця 3.7

Визначення «вузьких місць» у підсистемі мотивації праці та обґрунтування стратегічних цілей кадрової політики в охороні здоров'я Львівської області

Індикатор	Фактичний стан індикатора (на поч. 2010 року)	Орієнтир	+ / - *	Ціль до 2015 року (бажаний стан індикатора)
1	2	3	4	5
Частка ВРП, що скеровується на потреби охорони здоров'я	4,8% (1,4 млрд грн)	6,6–13,9% (6,6% – мінімальний рівень фінансування – рівень виживання галузі; нижчий рівень, згідно з ВООЗ, вважається рівнем руйнування структури охорони здоров'я)	-	Підвищити рівень бюджетного фінансування як мінімум до 6,6%
Частка витрат на людські ресурси у загальній структурі бюджету галузі	62,5% (882 млн грн)	50–65% (досвід більшості розвинутих країн)	+	Підвищити рівень бюджетного фінансування системи охорони здоров'я загалом
Співвідношення середньорічного доходу працівника охорони здоров'я і середньорічного доходу в регіоні	0,7 : 1 (14 208 грн – середньорічні доходи у галузі, 20 004 грн – загалом у регіоні)	2 : 1 – 3 : 1 (досвід більшості розвинутих країн)	-	Збільшити рівень середньорічних доходів працівника у галузі як мінімум у 3 рази

Продовження табл. 3.7

1	2	3	4	5
Коефіцієнт середньорічної заробітної плати в галузі як відношення до ВРП на душу населення	1,5 – для лікаря; 1,0 – для медичної сестри (16854 тис. грн – середній річний дохід лікаря; 10920 тис. грн – дохід медсестри)	3,0–13,0 – для лікаря; 1,5–2,0 – для медичної сестри (рівень розвинутих країн світу)	-	Підвищити рівень оплати праці у галузі як мінімум у 2–3 рази
Міжрозрядна різниця у Єдиній тарифній сітці (ЄТС) для працівників галузі	6,5%	Мінімум 10% (рекомендація Міністерства праці та соціальної політики України)	-	Забезпечити «пори́г відчутності» міжзрозрядної різниці на рівні 10%
Співвідношення мінімальної оплати праці у системі охорони здоров'я за ЄТС та рівня мінімального соціального стандарту	1 : 1,4 (545 грн – мінімальна оплата праці у галузі за ЄТС; 744 грн – мінімальна заробітна плата в країні)	1 : 1 (за принципом соціальної справедливості та гідних умов праці згідно зі ст. 96 КЗпП і ст. 43 Конституції України)	-	Запровадити мінімальну тарифну ставку в системі охорони здоров'я на рівні мінімального соціального стандарту (1 : 1)
Розмір середньомісячної заробітної плати працівника системи охорони здоров'я порівняно з рівнем оплати праці у промисловості	1 : 1,5 (1184 грн – середньомісячна заробітна плата в охороні)	1 : 1 (згідно зі ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я)	-	Підвищити рівень оплати праці у галузі як мінімум до середнього рівня доходів у промисловості (1 : 1)

Продовження табл. 3.7

1	2	3	4	5
Децильний коефіцієнт диференціації доходів (співвідношення між середніми доходами 10% найбільш високооплачуваних працівників галузі і середніми доходами 10% найменш забезпечених осіб)	здоров'я; 1792 грн – середньомісячна заробітна плата у промисловості)	Критичне співвідношення 8 : 1 (розрахунки експертів за кривою Лоренца [284, с. 164])	+	Підвищити рівень оплати праці у системі охорони здоров'я загалом
Частка невилученої заробітної плати працівникам галузі в структурі загальної заборгованості в області	1,25% (1514,9 тис. грн)	0 (за принципом справедливості та гідних умов праці згідно зі ст. 43 Конституції України)	-	Звести до мінімуму практику затримань виплати заробітної плати працівникам закладів охорони здоров'я

* «+» - фактичний стан індикатора відповідає орієнтиру; «-» - не відповідає орієнтиру («вузьке місце»).

в системі охорони здоров'я на рівні мінімального соціального стандарту тощо.

Основні стратегічні цілі, пов'язані з контролем якості і продуктивності праці у галузі Львівської області, представлені у табл. 3.8. Так, основними завданнями передбачено зменшення середньої тривалості перебування пацієнта у стаціонарі, зниження частки післяопераційної летальності, підвищення коефіцієнта використання табельного фонду робочого часу, сприяння зменшенню кількості випадків тимчасової непрацездатності у системі охорони здоров'я, підвищення доступності первинної медичної допомоги (у тому числі сімейної медицини) для населення, забезпечення підготовки достатньої кількості управлінських кадрів нової якості та регулярного підвищення кваліфікації менеджерів у системі охорони здоров'я, підвищення загальної продуктивності праці в галузі.

У підсумку обґрунтування стратегічних кадрових цілей у сфері охорони здоров'я слід звернути увагу на проблему значної централізації кадрової політики – починаючи від фінансування галузі і завершуючи питаннями набору, розподілу працівників, вибору норм комплектації штатів у закладах охорони здоров'я тощо. Зменшення ступеня централізації політики передбачає виконання низки стратегічних завдань, перелічених у табл. 3.9. Таким чином, реалізація цілей кадрової політики відповідно до еталонних чи середніх значень дозволить суттєво збалансувати систему управління людськими ресурсами в галузі та зменшити кількість «вузьких місць», що роблять дану систему нестабільною і слабкою.

Проведений комплексний аналіз кадрового потенціалу та особливостей управління людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я у Львівському регіоні дозволив сформулювати конкретні рекомендації на середньострокову перспективу (табл. 3.10).

Сучасні умови розвитку суспільства та складна ситуація у вітчизняній системі охорони здоров'я ставлять перед суб'єктами управління нові вимоги щодо формування і реалізації кадрової політики. Враховуючи тип та особливості вищезгаданої політики у сфері охорони здоров'я Львівщини, можна визначити основні принципові вимоги, яким вона повинна відповідати.

**Визначення «вузьких місць» у підсистемі контролю якості
і продуктивності праці медичного персоналу та обґрунтування стратегічних цілей
кадрової політики в охороні здоров'я Львівської області**

Індикатор	Фактичний стан індикатора (на поч. 2010 року)	Орієнтир	+/-*	Ціль до 2015 року (бажаний стан індикатора)
1	2	3	4	5
Середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі	13 ліжко-днів	У країнах ЄС – до 9 ліжко-днів, а в США – 5-7 ліжко-днів	-	Зменшити середню тривалість перебування пацієнта у стаціонарі як мінімум на 40%
Частка післяопераційної летальності (відсоток випадків смерті внаслідок операції від усіх випадків хірургічного лікування хворих)	0,96%	0 (ідеальна ситуація; верхня межа не встановлена оскільки існують об'єктивні і суб'єктивні причини летальності)	+ -	Звести рівень післяопераційної летальності до мінімуму
Коефіцієнт використання табельного фонду робочого часу у галузі охорони здоров'я	0,87 (1624 год./штат. прац.)	0,88 (середнє галузеве значення по Україні)	-	Підвищити рівень використання табельного фонду робочого часу як мінімум на 1-2%
Рівень втрат робочого часу (у відсотках до загального фонду)	1,55% (29 год./штат. прац.)	0,80% (середнє галузеве значення по Україні)	-	Зменшити рівень втрат робочого часу у 2 рази

Продовження табл. 3.8

1	2	3	4	5
Частка штатних працівників, які були відсутні на роботі через тимчасову непрацездатність	43,1% (33,7 тис. осіб)	46,4% або 590,1 тис. осіб (середнє галузеве значення по Україні): чим менша частка – тим краще	+	Сприяти зменшенню кількості випадків тимчасової непрацездатності у системі охорони здоров'я
Кількість відвідувань амбулаторно-поліклінічних закладів та відвідувань на дому у розрахунку на одного пацієнта	8,9 відвід./ос.	10,8 відвід./ос. (в середньому по Україні)	-	Підвищити доступність первинної медичної допомоги як мінімум на 18-20%
Кількість відвідувань населенням сімейного лікаря у розрахунку на одного фахівця	5545,7 відвід./лік.	6137,5 відвід./лік. (в середньому по Україні)	-	Підвищити доступність сімейної медицини як мінімум на 10%
Регулярне пропонування навчальних програм із підвищення кваліфікації керівних кадрів у системі охорони здоров'я перед вступом на посаду чи в процесі їхньої роботи (компетентність менеджерів у галузі)	Рідко пропонується	Так (ідеальна ситуація, рекомендація ВООЗ)	+ -	Забезпечити підготовку достатньої кількості управлінських кадрів нової якості та регулярно проводити підвищення кваліфікації менеджерів у системі охорони здоров'я
Загальна продуктивність праці в галузі (відношення валової доданої вартості в охороні здоров'я у фактичних цінах до кількості зайнятих в галузі у вибраному періоді)	21,1 тис. грн/ос.	35,7 тис. грн/ос. (значення у галузі по Україні)	-	Підвищити загальну продуктивність праці в галузі регіону як мінімум на 40%

* «+» – фактичний стан індикатора відповідає орієнтиру; «-» – не відповідає орієнтиру («вузьке місце»).

Таблиця 3.9

Визначення «вузьких місць» та обґрунтування стратегічних цілей кадрової політики в охороні здоров'я Львівської області (ступінь децентралізації)

Індикатор	Фактичний стан індикатора	Орієнтир (згідно з ВООЗ)	Ціль до 2015 року (бажаний стан індикатора)
1	2	3	4
Вибір діапазону заробітної плати (обмежений, середній, широкий)	обмежений	Обмежений: визначається законом або органом управління, вищим за Міністерство охорони здоров'я. Помірний (середній): різні моделі для вибору на місцевому рівні (національні мінімальні стандарти, гнучкість у класифікації посад). Широкий: без обмежень	Удосконалити Єдину тарифну сітку для працівників галузі на основі принципу соціальної справедливості згідно зі ст. 43 Конституції України, ст. 96 КЗпП, ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Підвищити мінімальну тарифну ставку в галузі до рівня мінімального соціального стандарту
Можливості наймати і звільняти персонал (обмежені, середні, широкі)	обмежені	Обмежені: визначаються правилами для державної служби в країні. Помірні: регулюються місцевими (регіональними) правилами для державного сектору.	Забезпечити можливість наймати і звільняти персонал системи охорони здоров'я відповідно до потреб регіону

Продовження табл. 3.9

1	2	3	4
		Широкі: не визначаються жодними правилами	
Вибір у розподілі персоналу та вибір норм комплектації штатів у закладах охорони здоров'я (обмежений, середній, широкий)	обмежений	Обмежений: визначається Міністерством охорони здоров'я на центральному рівні. Помірний: безліч моделей для вибору на місцевому рівні (національні мінімальні стандарти, дозвіл різноманітних або еквівалентних видів комплектації штатів).	Удосконалити наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. про штатні нормативи відповідно до сучасних умов і тенденцій розвитку галузі та стану здоров'я населення
Вибір при наборі кадрів (обмежений, середній, широкий)	середній	Широкий: немає стандартів, вищих за місцевий рівень	Забезпечити більш широкий вибір при наборі кадрів
Вибір при переведенні чи просуванні кадрів (обмежений, середній, широкий)	обмежений		Забезпечити залежність між продуктивністю праці і службовим просуванням
Вибір при розподілі засобів (частка місцевих витрат, яка визначається у вищих інстанціях)	обмежений	Обмежений: висока частка. Помірний: середня частка. Широкий: низька частка	Зменшити рівень централізації розподілу фінансових ресурсів на цілі галузі

Таблиця 3.10

Основні рекомендації щодо формування ефективної кадрової політики у сфері охорони здоров'я Львівського регіону

№ з/п	Рекомендації
1.	Виконання Плану цільового прийому сільської молоді до вищих медичних навчальних закладів МОЗ України
2.	Оновлення та подання на затвердження МОЗ України штатних нормативів та типових штатів закладів охорони здоров'я, які відповідають сучасним умовам функціонування галузі
3.	Забезпечення надання першого робочого місця усім випускникам вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за державним замовленням
4.	Забезпечення пріоритетного укомплектування медичними працівниками закладів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу населенню, підрозділів фтизіатричної служби та закладів охорони здоров'я в сільській місцевості
5.	Реорганізація первинної ланки медичної допомоги і подальший розвиток сімейної медицини відповідно до регіональної специфіки та особливостей вітчизняної медичної освіти
6.	Недопущення затримань виплати заробітної плати працівникам закладів охорони здоров'я регіону
7.	Ініціювання перед Львівською обласною радою та органами місцевого самоврядування питання щодо надання надбавок до посадового окладу (або гнучкої складової окладу) медичним працівникам закладів охорони здоров'я за якість та напруженість у роботі, насамперед тим, які працюють у сільській місцевості
8.	Забезпечення працівників закладів охорони здоров'я Львівської області житлом шляхом будівництва та реконструкції житла, надання пільгових кредитів та першочергового виділення під будівництво земельних ділянок
9.	Організація постійного моніторингу кадрової політики у сфері охорони здоров'я – основної інформаційної бази для визначення потреби суспільства у медичних кадрах та збереження кадрового потенціалу
10.	Запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування громадян

Принципові вимоги до кадрової політики у сфері охорони здоров'я Львівської області:

- дієвість (регіональна кадрова політика не повинна бути декларативною);
- збалансованість дій у системі «ціль – засоби досягнення цілі» (чітке визначення цілей, завдань і пріоритетів політики, вибір механізмів її реалізації);
- врахування неоднорідності об'єкту управління – людських ресурсів галузі;
- системність, комплексність і поетапність проведення кадрової роботи;
- підвищення соціальної орієнтованості політики та значимості кадрів охорони здоров'я (особливо медичного персоналу) як головного ресурсу галузі;
- новаторський характер, прогнозованість і перспективність (врахування майбутніх тенденцій та орієнтація на довготермінове планування у політиці);
- послідовно демократичний характер;
- децентралізація управління із залученням громадськості та інших сторін (представників органів влади, закладів охорони здоров'я, навчальних закладів);
- формалізація регіональної кадрової політики (закріплення у спеціальному програмному документі).

Наукове обґрунтування ефективності кадрової політики, спрямоване на досягнення відповідності потреб населення у медичних кадрах, рівномірності їх розподілу по досліджуваному регіону та вирішення інших складних завдань, вимагає постійного моніторингу стану і структури людських ресурсів охорони здоров'я (в першу чергу, медичного персоналу), вивчення тенденцій зміни їх чисельності, рівня забезпеченості ними населення і співвідношення між окремими категоріями персоналу, аналізу медико-санітарних і демографічних показників. Такий моніторинг доцільно проводити на усіх рівнях управління, у тому числі на регіональному, а його результати повинні бути основною інформаційною базою для визначення потреби суспільства у медичних кадрах та формування якісної кадрової політики.

3.3. Зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я через фінансово-економічні та мотиваційні механізми

Сьогодні очевидним є той факт, що оплата праці вітчизняних медичних працівників є несправедливою і не виконує основних своїх функцій, що свідчить про неефективність мотиваційних механізмів та нераціональність використання фінансових ресурсів у галузі. Більшість закладів охорони здоров'я знаходяться у комунальній та державній власності, а тому питання розміру оплати праці визначається нормативно-правовими актами Кабінету Міністрів України в межах бюджетних асигнувань. Основним таким актом, як вже зазначалось в аналітичній частині роботи, є постанова Кабінету Міністрів України № 1298 від 30.08.2002 р. «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» [234], а також спільний наказ Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України № 308/519 від 05.10.2005 р. «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» [185], який прийнятий на виконання зазначеної постанови. Без сумніву, вказані акти не можуть суперечити законам – Кодексу законів про працю України, Закону України «Про оплату праці» та іншим, які встановлюють мінімальні гарантії з оплати праці.

Розмір заробітної плати працівників охорони здоров'я з погляду соціальної справедливості мав би адекватно співвідноситись із рівнем складності, характером праці та відповідальності, розміром реального прожиткового мінімуму та рівнем інфляції. Якщо ж розрахувати суто на основі чинного законодавства України, то існує багато суперечностей.

Структура оплати праці, зокрема посадовий оклад (тарифна ставка) медичних працівників, формується на підставі Єдиної тарифної сітки та дорівнює розміру тарифної ставки робітника першого тарифного розряду помноженого на тарифний коефіцієнт, який відповідає тарифному розряду працівника.

Відповідно до наказу № 308/519 лікар без категорії відноситься до 10 тарифного розряду, і йому відповідає тарифний коефіцієнт 1,82. Згідно з вимогами статті 6 Закону України «Про оплату праці» тарифна ставка робітника першого тарифного розряду встановлюється у розмірі, що перевищує законодавчо встановлений розмір мінімальної заробітної плати. У свою чергу, мінімальна заробітна плата встановлюється у розмірі не нижчому від розміру прожиткового мінімуму (стаття 9 Закону). З 1 січня 2010 року, відповідно до Закону України «Про встановлення прожиткового мінімуму та мінімальної заробітної плати» № 1646-VI від 20.10.2009 р., вперше розмір мінімальної заробітної плати дорівнював розміру прожиткового мінімуму і становив 869 грн). З 1 грудня 2010 р. рівень даного соціального стандарту становить 922 грн, що регламентовано Законом України від 27 квітня 2010 р. «Про Держаний бюджет України на 2010 рік» (стаття 53).

Виходячи з цього, посадовий оклад лікаря без категорії не може бути меншим, ніж 1678 грн ($922 \text{ грн} \times 1,82$). Сьогодні ж він становить 1092 грн, оскільки Кабінет Міністрів України (постанова № 1298 від 30.08.2002 р. з відповідними змінами) з грудня 2010 року визначив розмір тарифної ставки робітника I-го тарифного розряду в сумі 600 грн. Таким чином, сьогодні лікар номінально недоотримує близько 586 грн. На початку 2010 року ця різниця посадового окладу лікаря становила 590 грн.

Крім того, на розмір посадового окладу за таких умов не впливає зміна розміру мінімальної заробітної плати, що має відбуватися автоматично. Так, у 2011 році спостерігалось подальше підвищення розміру мінімальної заробітної плати (причому з випередженням прожиткового мінімуму) – з 1 січня до 941 грн, з 1 квітня – 960 грн, з 1 жовтня – 985 грн, з 1 грудня – 1004 грн (згідно із Законом України № 7000). Якщо ж на аналогічному рівні запровадити мінімальну тарифну ставку для працівників галузі охорони здоров'я, то рівень їх доходів суттєво збільшиться. Крім того, до тарифної ставки застосовуються підвищення, доплати та надбавки, а відповідно заробітна плата буде пропорційно зростати. Наприклад, якщо за умовами праці чи за стаж роботи понад 10 років посадовий оклад збільшується на 30%, то заробітна плата лікаря без категорії буде становити уже 2181 грн, а

не 1420 грн, як є сьогодні (різниця 761 грн). У даному випадку мова йде про ті мінімальні гарантії, які чітко прописані в чинних законах, і згідно з якими можна встановити розмір посадового окладу. Окрім того, чинною залишається норма пункту «ж» статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я [134], яка передбачає встановлення для медичних працівників у державних та комунальних закладах охорони здоров'я середніх ставок і посадових окладів на рівні не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості. Саме посадовий оклад лікаря без категорії орієнтовно дорівнює середній ставці в закладах охорони здоров'я. Згідно з даними Головного управління статистики у Львівській області середня заробітна плата у промисловості у жовтні 2010 року склала 2232,66 грн, а в сфері охорони здоров'я лише 1498,26 грн, тобто у співвідношенні 1,49 : 1.

Оскільки держава бере на себе певні зобов'язання через прийняття відповідних законів, вона повинна їх і виконувати. Адже, в Конституції проголошено, що Україна є правовою державою, в якій визнається та діє верховенство права. А стосовно бюджетного фінансування, то самі по собі бюджетні асигнування не є правовою підставою оплати праці, а лише її джерелом. У перспективі, за умови відсутності кардинальних змін у мотиваційній складовій кадрової політики, посилення соціальної напруженості, трудової еміграції та кадрового дефіциту у сфері вітчизняної охорони здоров'я є неминучим.

На нашу думку, покращити мотиваційний механізм у галузі можна не тільки шляхом підвищення тарифних ставок, але й завдяки:

- 1) виплачуванню при наданні щорічної відпуски додатково допомоги в розмірі посадового окладу на оздоровлення (враховуючи складність, часто небезпечність та велике психологічне і фізичне навантаження у праці медика);
- 2) забезпеченню 100% оплати курсів підвищення кваліфікації у провідних вітчизняних клініках;
- 3) підвищенню так званого «порогу відчутності» міжрозрядної різниці, котрий має складати не менше 10%;
- 4) зарахуванню стажу роботи у подвійному розмірі медичним працівникам туберкульозних та психіатричних медико-соціальних експертних комісій;

- 5) забезпеченню молодих спеціалістів – медичних працівників, які направлені на роботу у сільську місцевість, житлом в обов'язковому порядку;
- 6) розробці системи заходів соціального захисту, передусім системи перепідготовки спеціалістів, що можуть вивільнятися внаслідок скорочення штатів.

Більше того, у сьогоднішній ситуації не достатньо одного підвищення соціальних стандартів та запровадження надбавок і підвищень тарифних ставок працівникам охорони здоров'я, оскільки їх праця повинна оцінюватись на основі гнучких і більш ефективних механізмів. Одним із реальних системних заходів повинна стати фінансово-економічна та організаційна реформа галузі – запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування, адже рівень охорони здоров'я населення безпосередньо залежить від ефективності її фінансування, яке, в свою чергу, дає можливість ведення відповідної кадрової політики.

З цього приводу завжди виникали гострі дискусії у різних країнах, однак питання вибору найкращого виду фінансування охорони здоров'я залишається досі відкритим. Загалом, відомо чотири основні види фінансування охорони здоров'я: державне, муніципальне, через обов'язкове і добровільне медичне страхування та змішана форма. Варто зауважити, що ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Так, наприклад, в Англії, Швеції, Шотландії, Італії та Данії переважає державна система фінансування, а в Алжирі – муніципальна. У таких країнах, як Австрія, Німеччина, Бельгія, Нідерланди та Франція панує система обов'язкового медичного страхування, в той час, як у США має перевагу змішана форма фінансування медичної допомоги.

Основи законодавства України про охорону здоров'я проголошують, що фінансування цієї сфери в країні здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Критична ситуація галузі свідчить про те, що бюджетного фінансування (яке домінує в Україні) недостатньо для нормального функціонування охорони здоров'я і збереження її кадрового потенціалу. І хоча в країні з'явилося різноманіття форм медичного обслуговування

(державна, приватна, комерційна та перші спроби страхової форми), на сьогоднішній день виділяють багато проблем у системі фінансування галузі охорони здоров'я, а саме:

- відсутність визначеного законодавством і нормативно-правовими актами чіткого переліку медичних послуг, що повинні надаватися у державних і комунальних закладах охорони здоров'я безкоштовно на кожному рівні надання допомоги та при відповідному стані фінансування цих закладів;
- недостатнє фінансування галузі (біля 4% ВВП при вимозі ВООЗ у 6% щонайменше), яке проявляється ще й значними особистими видатками громадян на медичні послуги;
- відсутність зв'язків між фінансуванням державних і комунальних закладів охорони здоров'я та кінцевими результатами їх роботи;
- неможливість ефективного управління обмеженими ресурсами в умовах системи постатейного фінансування громадських лікувально-профілактичних закладів;
- фінансування лікувально-профілактичних закладів різного рівня з бюджетів різного рівня, що додатково ускладнює координацію надання допомоги [100].

Багато вітчизняних науковців і практиків пропонують розвивати систему медичного страхування для покращення фінансування охорони здоров'я. Вони здебільшого одностайні щодо поширення такої системи в Україні, а щодо форми страхової медицини і термінів її впровадження думки розбігаються. Одні вважають, що в Україні терміново потрібно провести реформу соціального страхування з уведенням системи державного обов'язкового медичного страхування. За системи страхової медицини більшість медичних закладів зароблятимуть кошти на своє утримання і працюватимуть на повному самофінансуванні, за винятком окремого переліку тих, які й надалі фінансуватимуться з бюджету. На думку науковців С. Ф. Тернова та М. В. Малаховської, дієвим засобом розв'язання існуючих проблем у системі охорони здоров'я могло б стати поступове запровадження страхової медицини та активне залучення позабюджетних коштів (за рахунок надання законодавчо визначеного переліку платних послуг, здавання в оренду основних фондів, непрофільної діяльності, благодійних

коштів тощо), тобто перехід до бюджетно-страхової форми фінансування [69, с. 14].

Без сумніву, впровадження медичного страхування є одним із шляхів виходу вітчизняної охорони здоров'я з глибокої кризи. Перебудова економіки охорони здоров'я повинна починатися, перш за все, з укріплення фінансової основи галузі, зі зміни загальної системи фінансування, що передбачає обов'язковий перехід від бюджетної системи до змішаної загальнообов'язкової бюджетно-страхової системи фінансування з єдиною центральною структурою – Державним фондом загальнообов'язкового соціального медичного страхування (рис. 3.2). При цьому діяльність фонду – нагромадження внесків на соціальне медичне страхування і вступання з надавачами медичних послуг у договірні відносини – підзвітна уряду. На регіональному рівні бюджетно- страхова модель охорони здоров'я повинна втілюватись через територіальні представництва (управління) Державного фонду.

За цих умов передбачається дворівневість системи медичного страхування. Перший рівень: виділення коштів з бюджету на забезпечення мінімальних медичних послуг для соціально вразливих верств населення (малозабезпечені, діти, пенсіонери з низьким рівнем пенсій, безробітні, інваліди, маргінальні групи) на основі визначеного Міністерством охорони здоров'я України переліку хвороб, які будуть лікуватися за рахунок бюджетних коштів. Крім того, до сплати страхових внесків за непрацююче населення мають залучатися відповідні фонди соціального страхування.

Другий рівень: виплата страхових внесків з фонду оплати праці осіб, що перебувають в офіційних трудових відносинах з роботодавцем. На цьому рівні фінансування повинно здійснюватися при активній участі підприємств, установ, організацій різних форм власності, котрі мають найманих працівників.

Для отримання додаткових медичних послуг, що не покриваються через систему соціального медичного страхування, у закладах охорони здоров'я різних форм власності повинно передбачатись надання медичної допомоги на платній основі (добровільне медичне страхування). Для цього мають бути внесені відповідні зміни до Конституції України та інших законодавчих актів, що регламентують діяльність медичних установ і закладів.

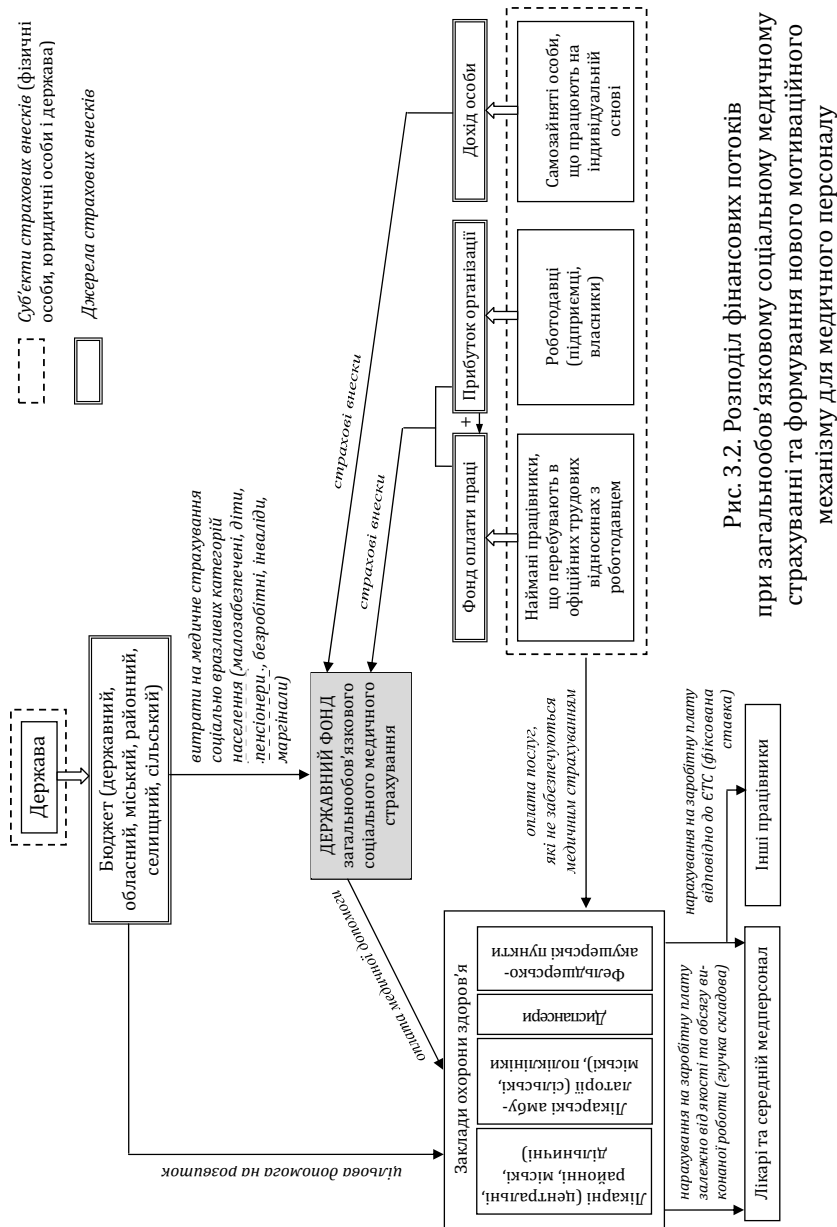


Рис. 3.2. Розподіл фінансових потоків при загальнообов'язковому соціальному медичному страхуванні та формуванні нового мотиваційного механізму для медичного персоналу

Загалом, така модель системи охорони здоров'я має великі переваги, оскільки забезпечить інтеграцію фінансових потоків, формування потужного фінансового пулу та створення умов для поліпшення планування ресурсів охорони здоров'я (особливо в частині кадрового забезпечення). Крім того, нові засади функціонування системи кардинально змінять принципи оплати праці медичного персоналу. Передбачається, що основна заробітна плата в галузі складатиметься з твердої ставки, згідно з Єдиною тарифною сіткою, затвердженою Кабінетом Міністрів України, та з гнучкої складової, що залежатиме від якості та обсягу виконаної роботи і відповідно стимулюватиме вищу продуктивність праці, належну якість медичної допомоги і прагнення до професійного розвитку і вдосконалення. Високі стандарти медичного обслуговування загалом у державі, як і в кожному регіоні, є, в свою чергу, головною метою запровадження системи медичного страхування.

Попри позитивну спрямованість вищеописаного проекту, його імплементація у сучасному вигляді призведе до значного підвищення податкового тиску на підприємців. У зв'язку з цим, додатковий вид внеску (на загальнообов'язкове державне соціальне страхування) слід запроваджувати лише в комплексі з одночасним переглядом ставок на інші види обов'язкових соціальних платежів з метою уникнення різкого зростання рівня оподаткування. Насправді ж загальнообов'язкове медичне страхування повинно включати як соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та від професійних захворювань, так і страхування від тимчасової втрати працездатності, пов'язаної із захворюваннями, пологами та вагітністю тощо. Все це має пряме відношення до медичної сфери. Переглянувши таким чином ставки, не потрібно буде збільшувати розмір страхових внесків.

Запровадження державного соціального медичного страхування громадян розглядається нами не тільки як можливість збільшення обсягу коштів, призначених для цілей медичного обслуговування, але й як каталізатор структурних перетворень системи охорони здоров'я. Це передбачає формування так званого «єдиного медичного простору», де головна роль на первинному рівні системи повинна відводитись Центрам первинної медико-санітарної допомоги, а на вторинному (спеціалізованому) рівні –

багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної, передусім екстреної, медичної допомоги. Зазначені перетворення можуть бути здійснені при існуючому в державі адміністративно-територіальному розподілі через механізм створення госпітальних округів. Більше того, в результаті концентрації інтенсивної допомоги, значного збільшення обсягу втручань та підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу відчутно поліпшиться якість медичного обслуговування населення загалом.

Бюджетно-страхова модель фінансування галузі передбачає також зміни у процесі планування чисельності і професійно-кваліфікаційної структури медичних працівників. Традиційно кадрове планування здійснюється на основі чинних галузевих нормативних документів, які дозволяють коригувати норми залежно від регіональних умов. Що ж стосується нормування праці у системі охорони здоров'я та забезпечення відповідності обсягів виконуваної роботи і чисельності медичного персоналу, то ці норми досі мають декларативний характер. Крім того, існує велика розбіжність між фактичною та нормативною чисельністю посад медичних працівників. Ми поділяємо точку зору про доцільність переходу від жорстких до рекомендаційних нормативів [306], які дозволяють формувати штат у залежності від конкретних умов, технологій, форм і методів праці, а також із врахуванням загальної регіональної специфіки.

Загалом доцільно підтримувати ініціативи щодо різних моделей медичного страхування. Це дозволить нагромадити необхідний досвід впровадження змішаної системи медичного страхування, за якої страхові внески сплачуватимуть держава, роботодавці та громадяни, і яка повинна забезпечити рівність та доступність медичних послуг високої якості для всього населення.

Таким чином, виходячи з передумови, що людські ресурси відіграють ключову роль у функціонуванні системи охорони здоров'я на усіх рівнях, у галузевій кадровій політиці варто передбачити: запровадження прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх і внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів; забезпечення підготовки і перепідготовки

випереджаючими темпами лікарів загальної практики, сімейних медичних сестер; підвищення ролі середнього медичного персоналу системи охорони здоров'я шляхом делегування йому низки функцій, що не виходять за межі його компетенції (медичне обслуговування у лікарнях сестринського догляду, хоспісах, надання швидкої медичної допомоги фельдшерськими бригадами); посилення заходів соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, в першу чергу на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів та ін.); реформування системи оплати праці у галузі; формування корпусу керівників органів та закладів охорони здоров'я, які володіють вміннями та навиками сучасного менеджменту.

ВИСНОВКИ

У монографії поглиблено теоретико-методологічні основи формування та реалізації регіональної кадрової політики у сфері охорони здоров'я; розроблено низку методичних і практичних рекомендацій щодо вдосконалення зазначеної політики та поліпшення кадрового потенціалу охорони здоров'я із врахуванням сучасних тенденцій та пріоритетних напрямів розвитку людських ресурсів галузі.

Підтверджено сформульовану у роботі наукову гіпотезу про те, що кадрова політика в системі охорони здоров'я Львівської області в умовах реформування галузі є ключовим інструментом для збереження, зміцнення та розвитку її кадрового потенціалу, котрий, в свою чергу, значною мірою визначає стан здоров'я населення і якість медичних послуг у регіоні.

За результатами проведеного дослідження зроблено такі висновки:

1. Наукове трактування кадрової політики у сфері охорони здоров'я вимагає комплексного підходу до удосконалення її векторного спрямування як генерального напрямку роботи з людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я, що визначається системою теоретичних поглядів, ідей, імперативів та прикладних правил, форм і методів кадрової роботи з різним її функціональним наповненням у конкретних соціально-економічних умовах.

2. Діяльність органів влади різних рівнів при формуванні та реалізації галузевої кадрової політики в регіоні втрачає свою ефективність значною мірою через методологічні, організаційні і соціально-економічні прорахунки. Це призводить до суттєвих недоліків у плануванні кадрової роботи, прийняття неконкретних і науково необґрунтованих рішень, а також невиконання визначених цілей і завдань через неналежний контроль.

3. У вітчизняній кадровій політиці у сфері охорони здоров'я існує багато проблем, пов'язаних з особливостями її формування та реалізації, зокрема: відсутні чіткі офіційно сформульовані й усвідомлені цілі та завдання на конкретний період, що веде до нераціонального використання і зменшення кадрового потенціалу; поза увагою часто залишаються першочергові напрями удосконалення кадрової роботи в галузі; більшість проголошуваних заходів ефективізації політики щодо людських ресурсів є декларативними, а їх реалізація ускладнюється через недостатність політичної волі; відсутній цільовий стратегічний план, програма чи концепція розвитку людських ресурсів у системі охорони здоров'я; не враховується регіональна специфіка кадрового потенціалу галузі. Все це зумовлює певну хаотичність, неузгодженість, а відтак – неефективність практичних дій у цій сфері.

4. Дослідження складових кадрової політики в системі охорони здоров'я Львівської області виявили низку негативних тенденцій і «вузьких місць». Вони пов'язані передусім зі зменшенням кількості практикуючих лікарів у регіоні, високим рівнем зовнішньої міграції медичних кадрів, зростанням диспропорції у кількості лікарів та середнього персоналу, дефіцитом кадрів первинної ланки охорони здоров'я, нестачею медичних працівників у сільській місцевості, низьким рівнем оплати праці порівняно з іншими сферами економіки; недиференційованістю окремих напрямів кадрової політики в галузі, відсутністю варіативної складової тарифних ставок медичних працівників залежно від кількості та якості їхньої роботи, а також соціальною незахищеністю кадрів через відсутність гарантій високої ефективності зайнятості. Крім того, дослідженнями підтверджено велику плінність кадрів, зростання безробіття серед випускників ВМНЗ, недоукомплектованість штатних посад за окремими спеціальностями та в сільській місцевості. Це характеризує певну бюрократичність моделі регіонального ринку праці та відсутність гнучкої системи управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я.

5. Удосконалення процесу формування та реалізації регіональної кадрової політики в медичній галузі має відбуватись на основі системного підходу щодо її складових (підготовка людських ресурсів; зайнятість, розміщення і вивільнення кадрів; оцінка та

розвиток персоналу; мотивація праці; контроль якості кадрового потенціалу і медичних послуг) із врахуванням сучасних умов функціонування галузі та запропонованого алгоритму оцінки інтегрального індексу здоров'я населення регіону.

6. Доведено необхідність формального закріплення у спеціальному програмному документі чітких цілей, завдань, пріоритетів та практичних заходів регіональної кадрової політики на принципах децентралізації управління людськими ресурсами і надання ширшої автономії регіональним суб'єктам.

7. Пропонується впровадження постійного регіонального моніторингу кадрової політики у сфері охорони здоров'я для створення надійного інформаційного забезпечення страхової системи, а також ідентифікації якості медичних послуг у регіоні.

8. Серед механізмів покращення кадрового потенціалу та якісного формування кадрової політики назріла нагальна потреба введення системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування та створення нового гнучкого механізму мотивації медичного персоналу.

9. З метою раціонального планування, ефективного використання та розвитку кадрового потенціалу охорони здоров'я у Львівському регіоні необхідно ширше застосовувати елементи програмно-цільового управління. Сьогодні для галузі вкрай потрібною є розробка регіональної цільової програми (плану) розвитку людських ресурсів, яка б охоплювала низку важливих заходів щодо:

- приведення фактичної чисельності медичних працівників до нормативних вимог і міжнародних стандартів (зокрема, врегулювання показника відношення середнього медперсоналу до лікарів і забезпечення даного співвідношення на рівні 4:1 – 5:1 замість наявної в області пропорції 3:1) із врахуванням потреб населення;
- зменшення регіональних диференціацій у чисельності медичного персоналу (лікарів не вистачає у Херсонській, Миколаївській і Кіровоградській областях, а середнього медперсоналу – у Закарпатській, Одеській і Миколаївській областях);
- формування суспільно необхідної професійно-кваліфікаційної структури кадрів, тобто ліквідації дефіциту фахівців

окремих спеціальностей і підвищення укомплектованості штатних посад у закладах охорони здоров'я;

- підготовки (перепідготовки) більшої кількості фахівців загальної практики – сімейної медицини – як основи первинної ланки системи (оптимальна кількість сімейних лікарів за нормативами МОЗ України – щонайменше 33 тис. осіб) та менеджерів (організаторів) охорони здоров'я;
- підвищення рівня оплати праці та ліквідації її відставання від середньої заробітної плати у сфері матеріального виробництва (промисловості);
- збільшення обсягу фонду додаткової оплати праці, призначеного для виплат надбавок до посадових окладів, доплат, премій тощо;
- створення гнучкої системи нормування праці медичного персоналу, котра б відповідала конкретним умовам роботи, залежала від кваліфікації працівника і забезпечувала впровадження нових форм обслуговування населення та організації праці;
- забезпечення реальних стимулів для спеціалістів, котрі працюють у сільській місцевості (житло, службовий транспорт, інші ініціативи) та їх реалізації у повному обсязі для заповнення біля 5 тисяч вакантних посад;
- спрощення процедури ліцензування діяльності працівників системи охорони здоров'я.

Таким чином, удосконалення параметрів кадрового потенціалу охорони здоров'я та його ефективне використання сприятимуть зміцненню людського капіталу, що позитивно вплине на розв'язання важливих соціально-економічних проблем, які стоять перед Україною. Саме тому питання людських ресурсів та кадрової політики повинні бути на першому місці серед пріоритетних напрямів реформування української системи охорони здоров'я на усіх рівнях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аванесова Н. Е. Основні підходи до визначення категорії ефективності [Електронний ресурс] / Н. Е. Аванесова // Проблемы формирования новой экономики XXI века : материалы I Международной научно-практической Интернет-конференции (17–19 декабря 2008 г.). – Режим доступа : http://www.confcontact.com/2008dec/6_avanesova.htm.
2. Алексахина Ю. В. Управление персоналом : учеб. пособ. / Ю. В. Алексахина. – М. : МГОУ, 2001. – 187 с.
3. Аширов Д. А. Управление персоналом : учеб. пособ. / Д. А. Аширов. – М. : ТК Велби, Проспект, 2005. – 432 с.
4. Базаров Т. Ю. Управление персоналом : учеб. / Т. Ю. Базаров, Б. Л. Еремин. – [2-е изд., перераб. и доп.]. – М. : ЮНИТИ, 2002. – 560 с.
5. Балабанова Л. В. Управление персоналом : навч. посіб. / Л. В. Балабанова, О. В. Сардак – К. : ВД «Професіонал», 2006. – 512 с.
6. Банчук М. Створення єдиного медичного освітнього простору України у руслі загальноєвропейської стратегії / М. Банчук // Персонал. – 2008. – № 3-4. – С. 72–76.
7. Безверхнюк Т. М. Поняття «регіон» та «регіоналізація» в контексті пріоритетних завдань державної регіональної політики / Т. М. Безверхнюк // Актуальні проблеми державного управління : [зб. наук. пр. ОРІДУ]. Вип. 2(26) / Одеський регіональний інститут державного управління НАДУ при Президентові України. – Одеса, 2006. – С. 115–122.
8. Бесяцкий Н. П. Управление персоналом : учеб. пособ. / Н. П. Бесяцкий, С. Е. Велесько, П. Ройш. – Минск : Интерперессервис, Экоперспектива, 2002. – 352 с.
9. Білінська М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я / М. Білінська, Т. Попченко // Главный врач. – 2007. – № 11 (79). – С. 69–73.
10. Богданова Н. О. Шляхи формування професійності кадрового потенціалу регіонів України / Н. О. Богданова // Наукові праці (Миколаївська філія Національного університету «Києво-Могилянська Академія»). Політичні науки : [зб. наук. пр.]. Т. 79. Вип. 66 / ЧДУ ім. Петра Могили. – Миколаїв, 2008. – С. 126–131.

Список використаних джерел

11. Бондар В. С. Розгляд методу контент-аналізу з погляду кількісно-якісних технік проведення / В. С. Бондар, М. А. Допіра // Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки : [зб. наук. пр.]. Т. 70 / Національний ун-т «Києво-Могилянська академія». – К., 2007. – С. 17–26.
12. Бубенко П. Т. Інституційна динаміка просторової організації економічного розвитку : моногр. / П. Т. Бубенко – Харків : ХНАМГ, 2008. – 295 с.
13. Бурлюк П. Г. Кадровая политика и механизм ее реализации в отрасли народного хозяйства (на примере железнодорожного транспорта) : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. социол. наук : спец. 22.00.08 «Социология управления» / Петр Геннадьевич Бурлюк. – Москва, 2008. – 24 с.
14. Валовий регіональний продукт Львівської області. Статистичний збірник. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2009. – 55 с.
15. Васильченко В. С. Управління трудовим потенціалом : навч. посіб. / В. С. Васильченко, А. М. Гриненко, О. А. Грішнова, Л. П. Керб. – К. : КНЕУ, 2005. – 403 с.
16. Веснин В. Р. Практический менеджмент персонала : [пособ. по кадровой работе] / В. Р. Веснин. – М. : Юрист, 2001. – 496 с.
17. Виноградов О. В. Місце сімейної медицини в стратегії реформування системи охорони здоров'я / О. В. Виноградов // Therapia. Український медичний вісник. – 2007. – № 4. – С. 77–80.
18. Виноградський М. Д. Управління персоналом : навч. посіб. / М. Д. Виноградський, А. М. Виноградська, О. М. Шканова. – К. : Центр навчальної літератури, 2009. – 502 с.
19. Вовк С. Методологія : сутність, підходи, перспективи розвитку / С. Вовк // Буковинський журнал / Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. – Ч. 1–2. – Чернівці, 2002. – С. 148–175.
20. Вовканич С. Й. Інтелектуально-інноваційний розвиток як концепція консолідації та євроінтеграції України / С. Й. Вовканич. – Львів : ІРД НАН України, 2007. – 64 с. – (Препринт наукової доповіді / НАН України, Ін-т регіон. досліджень).
21. Воронько О. Кадрова політика – універсальний важіль державного будівництва / О. Воронько // Вісник УАДУ. – 2004. – № 2. – С. 141–152.
22. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підруч. / Ю. В. Вороненко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 332 с.

23. Вячин Ю. О. Управління персоналом : навч. посіб. / [Вячин Ю. О., Гинда О. М., Гринькевич О. С. та ін.] ; за заг. ред. Ю.О. Вячина. – Львів : Львівський інститут МАУП, 2007. – 285 с.
24. Гайдаєв Ю. О. Державна політика у галузі охорони здоров'я / Ю. О. Гайдаєв // Український медичний часопис. – 2007. – № 4 (60). – С. 4–8.
25. Гарбач Й. Л. Формування превентивної тривекторної системи охорони здоров'я як шлях збереження генофонду нації / Й. Л. Гарбач, М. С. Яворський, О. О. Левицька // Сталій розвиток економіки : [науково-виробничий журнал]. – 2011. – № 1'2011[4]. – С. 17–23.
26. Генкин Б. М. Экономика и социология труда : учеб. [для вузов] / Б. М. Генкин. – [7-е изд., доп.]. – М. : Норма, 2007. – 448 с.
27. Гладкий Ю. Н. Основы региональной политики : учеб. / Ю. Н. Гладкий, А. И. Чистобаев. – СПб : Изд-во Михайлова В. А., 1998. – 659 с.
28. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс] : моногр. / З. С. Гладун. – Тернопіль : Економічна думка, 2005. – 460 с. – Режим доступу : http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf.
29. Гнидюк Н. Управління персоналом : навч. посіб. / Н. Гнидюк, І. Ібрагімова ; за заг. ред. Г. І. Мостового, О. Ф. Мельникова. – К. : ПАУСІ, 2008. – 296 с. – (Серія «Державна служба»).
30. Голиков А. П. Основы региональной политики : учеб. пособ. / А. П. Голиков, А. М. Непомнящий, Ю. Г. Прав, Е. А. Шуба. – Харьков : НИИ РП ХНУ им. В. Н. Каразина, 2002. – 68 с.
31. Горбань О. М. Основы теории систем и системного анализа : навч. посіб. / О. М. Горбань, В. Є. Бахрушин. – Запоріжжя : ГУ «ЗІДМУ», 2004. – 204 с.
32. Государственная кадровая политика и механизм ее реализации. Кадроведение : курс лекций / [под ред. Е. В. Охотского]. – М. : РАГС, 1998. – 468 с.
33. Громадське здоров'я Львівщини (окремі статистичні показники за 2007 рік) [Електронний ресурс]. – Львів : Головне управління охорони здоров'я ЛОДА ; Львівський обласний медичний інформаційно-аналітичний центр, 2008. – Режим доступу : <http://www.uoz.lviv.ua/view>.
34. Дейкун Н. П. Инструктивно-методические рекомендации к обоснованию реорганизации системы охраны здоровья населения города (на примере г. Чернигова) / Н. П. Дейкун. – Чернигов, 1996. – 16 с.

35. Демография : учеб. пособ. / [под ред. В. Г. Глушковой]. – М. : КНО-РУС, 2004. – 304 с.
36. Державна регіональна політика України : особливості та стратегічні пріоритети : моногр. / [за ред. З. С. Варналія]. – К. : НІСД, 2007. – 820 с.
37. Динаміка показників рівня життя населення України в 2006 році [Електронний ресурс] // Аналітичні записки щодо проблем і подій суспільного розвитку : Національний інститут стратегічних досліджень, відділ економічної та соціальної стратегії, березень-грудень 2007 р. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/Monitor/March/11.htm>.
38. Дідківська Л. І. Державне регулювання економіки : навч. посіб. / Л. І. Дідківська, Л. С. Головка. – [5-те вид., стер.]. – К. : Знання, 2006. – 213 с. – (Вища освіта ХХІ ст.).
39. Дікон Боб. Глобальна соціальна політика : Міжнародні організації й майбутнє соціального добробуту / Дікон Б., Хале М., Стабс П. ; пер. з англ. А. Олійник та ін. – К. : Основи, 1999. – 346 с.
40. Долішній М. І. Регіональна політика на рубежі ХХ-ХХІ століть : нові пріоритети / М. І. Долішній. – К. : Наукова думка, 2006. – 511 с.
41. Доля В. Т. Економетрія : навч. посіб. / В. Т. Доля ; Харк. нац. акад. міськ. госп-ва. – Х. : ХНАМГ, 2010. – 171 с.
42. Егоршин А. П. Управление персоналом : учеб. [для вузов] / А. П. Егоршин. – [4 изд., испр.]. – Н. Новгород : НИМБ, 2003. – 720 с.
43. Економічна активність населення Львівської області у 2006 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О. В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2007. – 94 с.
44. Економічна активність населення Львівської області у 2007 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О. В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2008. – 82 с.
45. Економічна активність населення Львівської області у 2008 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О. В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2009. – 100 с.
46. Економічна енциклопедія : [в 3 т.]. Т. 1 / [відп. ред. С. В. Мочерний та ін.]. – К. : Вид. центр «Академія», 2002. – 950 с.
47. Ерємина Е. В. Управление персоналом : учеб.-метод. пособ. / Е. В. Ерємина, В. Н. Ретинская. – Пенза : Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2007. – 86 с.
48. Єльчанінов Д. Б. Системологічний підхід до аналізу та прогнозування в державному управлінні / Д. Б. Єльчанінов // Стратегічні пріоритети. – 2009. – № 2(11). – С. 82–87.

49. Єременко В. Соціальна економіка : навч. посіб. / В. Єременко. – [2-ге вид., адапт. й доп.]. – К. : Інформаційно-видавничий центр Держкомстату, 2003. – 351 с.
50. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения / В. И. Журавель. – К. : Деснянська правда, 1994. – 336 с.
51. Журавлев П. В. Технология управления персоналом. Настольная книга менеджера / П. В. Журавлев, С. А. Карташов, Н. К. Маусов. – М. : Экзамен, 1999. – 576 с.
52. Завадський Й. С. Людський фактор і кадровий потенціал системи менеджменту / Й. С. Завадський, В. В. Кравчук // Економіка і управління. – 2002. – № 3. – С. 19–24.
53. Заклади освіти у Львівській області. Статистичний збірник / [відп. за вип. Н. І. Бонк]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2009. – 124 с.
54. Заклади освіти у Львівській області. Статистичний збірник / [відп. за вип. Н. І. Бонк]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2010. – 110 с.
55. Занятость, рынок труда и социально-трудовые отношения : учеб.-метод. пособ. : практикум / под ред. Р. П. Колосовой, Г. Г. Меликьяна. – М. : Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2008. – 458 с.
56. Звіт «Про виконання Державного бюджету України за 2009 рік у розрізі економічної класифікації видатків» [Електронний ресурс] / Міністерство фінансів України. – Режим доступу : http://www.minfin.gov.ua/control/publish/article/main?art_id=244334&cat_id=244333.
57. Звіти регіонів про діяльність у сфері охорони здоров'я у I півріччі 2009 року [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=13601>.
58. Здравоохранение : экономика, маркетинг, менеджмент : учеб. пособ. / под ред. А. А. Чухно. – Симферополь : Таврида, 2001. – 340 с.
59. Інноваційна діяльність у Львівській області за 2008 рік. Статистичний збірник / [заг. кер. Л. В. Сотнікова; відп. за вип. Л. І. Косюк]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській обл., 2009. – 100 с.
60. Інноваційна діяльність у Львівській області за 2009 рік. Статистичний збірник / [заг. кер. Л. В. Сотнікова; відп. за вип. Л. І. Косюк]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській обл., 2010. – 97 с.
61. Інформаційна система «Конкурс» [Електронний ресурс] : за станом на 15 верес., 17 жовт. 2010 р. – Режим доступу : <http://www.vstup.info>.

62. Калина А. В. Економіка праці : навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / А. В. Калина. – К. : МАУП, 2004. – 272 с.
63. Каминская Т. М. Рынок медицинских услуг : опыт теоретико-институционального анализа / Т. М. Каминская. – Х. : Контраст, 2006. – 296 с.
64. Кибанов А. Я. Управление персоналом организации : отбор и оценка при найме, аттестация : учеб. пособ. [для студ. вузов] / А. Я. Кибанов, И. Б. Дуракова. – [2-е изд., перераб. и доп.]. – М. : Экзамен, 2005. – 416 с.
65. Кількість населення Львівської області. Статистичний збірник. – Львів : Головне управління статистики у Львівській обл., 2009. – 83 с.
66. Класифікатор професій : Національний класифікатор України ДК 003 : 2005 : наказ Держспоживстандарту України № 327 від 28.07.2010 р. – К. : КНТ, 2011. – 511 с.
67. Класифікація видів економічної діяльності : Національний класифікатор України ДК 009 : 2005 [Електронний ресурс] : наказ Держспоживстандарту України № 375 від 26.12.2005 р. – Режим доступу : http://www.ubc.ua/Links/codes_ua2.html.
68. Кодекс законів про працю України (затверджений Законом Української РСР № 322-VIII від 10.12.1971 р.) // Відомості Верховної Ради України. – 1971. – Дод. до № 50. – ст. 375.
69. Колмакова О. М. Формування механізму міжрегіонального перерозподілу трудових ресурсів із застосуванням стимулювання праці : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.00.05 «Розвиток продуктивних сил та регіональна економіка» / Олена Миколаївна Колмакова. – Харків, 2008. – 22 с.
70. Колпаков В. М. Стратегический кадровый менеджмент : учеб. пособ. / В. М. Колпаков, Г. А. Дмитренко. – [2-е изд., перераб. и доп.]. – К. : МАУП, 2005. – 752 с.
71. Конституція України (прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р.) // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30, ст. 141.
72. Концептуальні засади державної політики в соціогуманітарній сфері на регіональному рівні : експертні матеріали : навч. посіб. / [авт. кол. : В. П. Трошинський, В. А. Скуратівський, П. К. Ситник та ін.] ; за заг. ред. В. П. Трошинського, О. М. Петрос. – К. : НАДУ, 2008. – 80 с. – (Бібліотека слухача. Соціальна і гуманітарна політика).
73. Корнацький В. Фінансування галузі : яким воно має бути? [Електронний ресурс] / Василь Корнацький // Ваше здоров'я. – 2004. –

- № 15 (741). – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/med/741/2.shtml>.
74. Король В. М. Дія законів організації / В. М. Король // Вісник Черкаського університету. Серія : педагогічні науки : [зб. наук. пр.]. Вип. 149 / Черкаський національний університет ім. Б. Хмельницького МОН України. – Черкаси, 2009. – С. 99–102.
75. Корчагіна А. С. Шпаргалка по управлінню персоналом / А. С. Корчагіна, М. С. Ключкова. – М. : Экзамен, 2006. – 64 с. – (Серія «Шпаргалка»).
76. Красношапка В. В. Управління людськими ресурсами : курс лекцій / В. В. Красношапка. – К. : НТУУ «КПІ», 2004. – 42 с.
77. Краткий словарь по социологии / [под общ. ред. Д. М. Гвишиани, Н. И. Лапина ; сост. Э. М. Коржева, Н. Ф. Наумова]. – М. : Политиздат, 1989. – 479 с.
78. Криклій А. С. Кваліфікація та її роль у визначенні поняття «персонал» / А. С. Криклій // Ринок праці та зайнятість населення. – 2009. – № 1. – С. 48–50.
79. Крушельницька О. В. Управління персоналом : навч. посіб. / О. В. Крушельницька, Д. П. Мельничук. – К. : Кондор, 2003. – 296 с.
80. Кустовська О. В. Методологія системного підходу та наукових досліджень : курс лекцій / О. В. Кустовська. – Тернопіль : Економічна думка, 2005. – 124 с.
81. Куценко В. І. Сфера та ринок послуг у контексті соціальної модифікації суспільства / В. І. Куценко, Б. М. Данилишин, Я. В. Остафійчук – К. : Нічлава, 2005. – 328 с.
82. Лазоренко Л. Особливості сучасного управління людськими ресурсами / Л. Лазоренко // Персонал. – 2009. – № 1. – С. 53–57.
83. Лазоришинець Василь. Гордість медицини починається з першокурсника. Підсумки цього річної вступної кампанії неоднозначні [Електронний ресурс] / Василь Лазоришинець // Ваше здоров'я. – 2009. – № 44 (1021), 6–12 листоп. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/med/44-09/10.shtml>.
84. Латишев С. Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції / С. Є. Латишев // Одеський медичний журнал. – 2005. – № 1(87)2005. – С. 109–115.
85. Левицька О. Сутність, генезис та еволюція поняття «людські ресурси» : системно-концептуальний підхід / О. Левицька // Україна : аспекти праці. – 2010. – № 1. – С. 37–42.

86. Левицька О. О. Ефективність інвестування у людський капітал / О. О. Левицька // Соціально-економічні дослідження в перехідний період. Регіональні суспільні системи : [зб. наук. пр.]. Вип. 3(XLVII) / НАН України. Інститут регіональних досліджень. Ч. 2. – Львів, 2004. – С. 295–305.
87. Левицька О. О. Комплексна рейтингова оцінка стану здоров'я населення на рівні регіону / О. О. Левицька // Наукові праці МАУП : [зб. наук. пр.]. Вип. 1(20) / МАУП. – К., 2009. – С. 181–187.
88. Левицька О. О. Підходи до формування стратегії кадрової політики в системі охорони здоров'я : міжнародний досвід / О. О. Левицька // Стратегічна реструктуризація економіки та соціальної сфери : практика і досвід : зб. тез доп. II засідання студентського наукового товариства м. Львова, 27 берез. 2008 р. – Львів : ЛІ МАУП, 2008. – С. 91–94.
89. Левицька О. О. Проблеми та перспективи розвитку менеджменту в системі охорони здоров'я / О. О. Левицька // Соціально-економічні наслідки та стратегія реформування економіки України : зб. тез доп. міжвузівської науково-практичної конференції студентів та аспірантів, 15 квіт. 2008 р. – Львів : ЛКА, 2008. – С. 223–225.
90. Левицька О. О. Система охорони здоров'я в контексті європейських стандартів / О. О. Левицька // Соціально-економічні дослідження в перехідний період. Ресурсне забезпечення інтелектуально-інноваційного розвитку регіону : [зб. наук. пр.]. Вип. 3(65) / НАН України. Інститут регіональних досліджень. Редкол. : відп. ред. Є. І. Бойко. – Львів, 2007. – С. 586–599.
91. Левицька О. О. Соціально-економічна ефективність сімейної медицини в сучасних умовах / О. О. Левицька // Соціально-економічні проблеми розвитку регіонів України та міжнародна інтеграція : матеріали I Міжвузівської наукової конференції студентів та молодих вчених (Львів, 19 трав. 2009 р.). – Львів : ЛІ МАУП, 2009. – С. 57–61.
92. Левицька О. О. Трудова міграція у вітчизняній системі охорони здоров'я : проблеми та шляхи їх вирішення // Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. Міграційні процеси в умовах поліетнічного середовища регіону : [зб. наук. пр.] / НАН України. Ін-т регіональних досліджень ; відп. ред. Є. І. Бойко. – Львів, 2009. – Вип. 6 (80). – С. 338–347.
93. Левицька О. О. Формування інтегрального індексу здоров'я населення / О. О. Левицька // Регіональна економіка. – 2008. – № 2(48). – С. 85–97.

94. Левицька О. О. Формування та реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я / О. О. Левицька // Соціально-економічні дослідження в суспільстві знань : матеріали доповідей III Міжнародної студентсько-аспірантської науково-практичної конференції (Львів, 15-16 трав. 2008 р.). – Львів : ЛІ МАУП, 2009. – С. 136–148.
95. Левицька О. О. Шляхи підвищення конкурентоспроможності системи охорони здоров'я в умовах глобалізації / О. О. Левицька // Стратегії зростання конкурентоспроможності в умовах глобалізації : матеріали доповідей II Міжнародної студентсько-аспірантської науково-практичної конференції (Львів, 19-20 квітн. 2007 р.). – Львів : ЛІ МАУП, 2008. – С. 103–115.
96. Левицька О. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я як основа системи управління людськими ресурсами у регіоні : теоретичний аспект / Ольга Левицька // Наука й економіка. – 2010. – № 3(19). – С. 73–80.
97. Левицька О. Концептуальні напрями розвитку превентивної тривекторної системи охорони здоров'я / Ольга Левицька // Вісник ТНЕУ. – 2010. – № 4. – С. 56–63.
98. Левицька О. Методологічні підходи до аналізу ефективності кадрової політики у галузі охорони здоров'я регіону / Ольга Левицька // Соціально-економічні та правові дослідження в суспільстві знань : матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 3–4 черв. 2010 р.). – Львів : ЛІ МАУП, 2010. – С. 559–570.
99. Левицька О. Особливості кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я на регіональному рівні / Ольга Левицька // Соціально-економічні дослідження в суспільстві знань : матер. доп. IV Міжнародної студентсько-аспірантської науково-практичної конфер. (Львів, 20-21 трав. 2009 р.). – Львів : ЛІ МАУП, 2009. – С. 377–390.
100. Левицька О. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Ольга Левицька // Економіка України в умовах посилення глобалізаційних процесів : виклики і перспективи : матеріали Міжнародної наукової студентсько-аспірантської конференції (Львів, 15-16 трав. 2009 р.). – Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2009. – С. 259–260.
101. Літвак А. І. Стратегічний потенціал медичної установи / А. І. Літвак // Актуальні проблеми державного управління : [зб. наук. пр. ОРІДУ]. Вип. 2 (26) / Одеський регіональний інститут державного управління НАДУ при Президентові України. – Одеса, 2006. – С. 150–162.

102. Лук'янихін В. О. Менеджмент персоналу : навч. посіб. / В. О. Лук'янихін. – Суми : Унів. кн., 2004. – 592 с.
103. Людський розвиток в Україні : можливості та напрямки соціальних інвестицій : [кол. наук.-аналіт. моногр.] / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, Держкомстат України, 2006. – 356 с.
104. Львівщина у цифрах. Статистичний збірник / [за ред. С. О. Матковського; відп. за вип. Н. І. Мироненко]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2009. – 155 с.
105. Макарова И. К. Управление человеческими ресурсами : пять уроков эффективного HR-менеджмента / И. К. Макарова. – М. : Дело, 2007. – 232 с.
106. Мандибура В. Соціальна політика держави та її структурні складові / В. Мандибура // Україна : аспекти праці. – 2000. – № 7. – С. 21–26.
107. Мегедь В. П. Кадрова політика в системі охорони здоров'я державної прикордонної служби України / В. П. Мегедь // Український медичний часопис. – 2008. – № 5(67). – С. 94–101.
108. Медичний паспорт області [Електронний ресурс] / Головне управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації. – Режим доступу : <http://old.guoz.lviv.ua/view/ukr/rubric/26/>.
109. Медичні працівники Львівщини, відзначені державними нагородами України в 1991–2010 роках [Електронний ресурс] / Головне управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації. – Режим доступу : <http://www.uoz.lviv.ua/images/image.php?id=2992>.
110. Мезенцев К. В. Суспільно-географічне прогнозування регіонального розвитку : теорія, методологія, практика : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора геогр. наук : спец. 11.00.02 «Економічна та соціальна географія» / Костянтин Володимирович Мезенцев. – К., 2006. – 40 с.
111. Мельничук Д. П. Кадрова політика машинобудівного підприємства : теорія реформування та практика : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.09.01 «Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика» / Дмитро Петрович Мельничук. – К., 2004. – 20 с.
112. Меморандум про взаєморозуміння між Міністерством охорони здоров'я України та Державною адміністрацією традиційної китайської медицини Китайської Народної Республіки про співробітництво в галузі народної медицини від 14.10.2003 р. //

- Офіційний вісник України від 22.12.2008 р. – 2008. – № 95. – С. 171, ст. 3163. – (Код акту 45169/2008).
113. Меморандум про взаєморозуміння між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я і медичної освіти Ісламської Республіки Іран від 15.10.2002 р. // Офіційний вісник України від 22.08.2003 р. – 2003. – № 32. – С. 375, ст. 1762. – (Код акту 26031/2003).
 114. Менеджмент персоналу : навч. посіб. / [В. М. Данюк, В. М. Петюх, С. О. Цимбалюк та ін.] ; за заг. ред. В. М. Данюка, В. М. Петюха. – К. : КНЕУ, 2004. – 398 с.
 115. Менеджмент у фармації : підруч. / [О. Є. Кузьмін, Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк та ін.] ; за ред. О. Є. Кузьміна і Б. П. Громовика. – Вінниця : Нова книга, 2005. – 448 с.
 116. Мешкова Л. Л. Организация и технология отрасли : лекции к курсу / Л. Л. Мешкова, И. И. Білоус, Н. М. Фролов. – Тамбов : Изд-во Тамб. гос. техн. ун-та, 2002. – 168 с.
 117. Мнушко З. М. Менеджмент та маркетинг у фармації. Ч. 1 : Менеджмент у фармації / З. М. Мнушко, Н. М. Діхтярьова. – Х. : Основа, 1998. – 255 с.
 118. Мордовин С. К. Управление человеческими ресурсами : 17-модульная программа для менеджеров «Управление развитием организации». Мод. 16 / С. К. Мордовин. – М. : ИНФРА-М, 2000. – 288 с.
 119. Москаленко В. Ф. Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва // Главный врач. – 2007. – № 1. – С. 32–40.
 120. Мусій О. Аналіз стану захисту прав та інтересів медичних працівників в Україні [Електронний ресурс] / Олег Мусій. – К. : Світова федерація українських лікарських товариств. – Режим доступу : <http://www.sfult.org/analiz-stanu>.
 121. Назарова М. І. Сучасні підходи формування, використання та управління трудового потенціалу області / М. І. Назарова, Г. Г. Старостенко // Вісник Хмельницького національного університету. Т. 1 : Економічні науки. – 2009. – № 2. – С. 86–90.
 122. Наукова діяльність на Львівщині 2006. Статистичний збірник / [відп. за вип. Н. І. Бонк]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2007. – 69 с.
 123. Наукова діяльність на Львівщині 2007. Статистичний збірник / [відп. за вип. Н. І. Бонк]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2008. – 82 с.

124. Наукова діяльність на Львівщині 2008. Статистичний збірник / [відп. за вип. Н. І. Бонк]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2009. – 86 с.
125. Наукова діяльність на Львівщині 2010. Статистичний збірник / [відп. за вип. Н. І. Бонк]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2011. – 77 с.
126. Немець Л. Синергетичний підхід у дослідженні медичних систем різного ієрархічного рівня / Л. Немець, К. Немець // Часопис соціально-економічної географії. – 2008. – № 5. – С. 53–60.
127. Норд Г. Л. Окремі методологічні підходи до конкретизації поняття «кадровий потенціал регіону» / Г. Л. Норд // Наукові праці (Миколаївська філія НУ «Києво-Могилянська Академія»). Серія : економіка : [зб. наук. пр.]. Т. IX. Вип. 1 / ЧДУ ім. Петра Могили. – Миколаїв. – 2001. – С. 61–65.
128. Носуліч Т. М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я : проблеми та перспективи розвитку / Т. М. Носуліч // Демографія та соціальна економіка. – 2006. – № 1/2006. – С. 173–179.
129. Оболенський О. Ю. Державна служба : навч. посіб. / О. Ю. Оболенський. – К. : КНЕУ, 2003. – 344 с.
130. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. [для студ.] / [под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова]. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – 528 с.
131. Оганесян И. А. Управление персоналом организации : учеб. пособ. / И. А. Оганесян. – Мн. : Амалфея, 2000. – 256 с.
132. Одегов Ю. Г. Банковский менеджмент : управление персоналом : учеб. пособ. / Ю. Г. Одегов, Т. В. Никонова, Д. А. Безделов. – М. : Экзамен, 2005. – 448 с. – (Серия «Учебное пособие для вузов»).
133. Олійник Я. Б. Діагностика стійкого розвитку регіону / Я. Б. Олійник, Т. Я. Олійник // Університетські наукові записки. – 2007. – № 3(23). – С. 155–162.
134. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України (Постанова ВРУ № 2802-ХІІ від 19.11.1992 р.) // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4, ст. 19.
135. Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України № 208 від 17 лютого 2010 року // Офіційний вісник України. – 2010. – № 15. – ст. 704.
136. Осовська Г. В. Управління трудовими ресурсами : навч. посіб. / Г. В. Осовська, О. В. Крушельницька. – К. : Кондор, 2003. – 224 с.

137. Отенко И. П. Механизм управления потенциалом предприятия : моногр. / И. П. Отенко, Л. М. Малярец. – Х. : ХГЭУ, 2003. – 219 с.
138. Охорона здоров'я у Львівській області. Статистичний збірник. – Львів : Головне управління статистики у Львівській обл., 2006. – 100 с.
139. Пантелей В. Економіко-географічні аспекти суспільного здоров'я населення України і Польщі : просторово-часовий аналіз / В. Пантелей // Вісник ЛНУ імені Івана Франка. Серія географічна : [зб. наук. пр.]. Вип. 34 / ЛНУ ім. Івана Франка. – Львів, 2007. – С. 173–182.
140. Пантюк И. В. Проблема кадрового дисбаланса в здравоохранении и ее последствия / И. В. Пантюк // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. – № 3. – С. 13–19.
141. Перетяка О. Кадровий дисбаланс і медична освіта : проблеми і шляхи розв'язання [Електронний ресурс] / О. Перетяка // Ваше здоров'я. – 2005. – № 24 (801). – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/med/24-05/11.shtml>.
142. Петришина О. В. Особливості сучасного управління людськими ресурсами / О. В. Петришина, Р. С. Квасницька // Вісник Хмельницького національного університету. Т. 1 : Економічні науки. – 2009. – № 2. – С. 70–74.
143. Петюх В. М. Управління персоналом : [навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц.] / В. М. Петюх. – К. : КНЕУ, 2000. – 124 с.
144. Підгрушний Г. П. Регіональний розвиток : сутність процесу та його особливості / Г. П. Підгрушний // Український географічний журнал. – 2003. – № 4. – С. 39–48.
145. Підсумкова колегія Головного управління охорони здоров'я ЛОДА (Львів, 26 лют. 2008 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uoz.lviv.ua/view/ukr/page/674>.
146. Пістун М. Д. Регіональна політика в Україні : суспільно-географічний аспект : моногр. / М. Д. Пістун, К. В. Мезенцев, В. О. Тьорло. – К. : ВПЦ «Київський університет», 2004. – 130 с.
147. Подпорина И. В. Методологические подходы к оценке результатов функционирования системы здравоохранения [Електронний ресурс] / И. В. Подпорина // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. – 2008. – № 3/2008 (7). – Режим доступу : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/80/30>.
148. Положення про підвищення кваліфікації лікарів (провізорів) на курсах інформації і стажування [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 166 від 22.07.1993 р. – Режим доступу : <http://expert-ua.info/document/archivegp/law3dwake.htm>.

149. Попов С. В. Трудові ресурси України : стан та перспективи розвитку / С. В. Попов // Форум права. – 2008. – № 3. – С. 419–426.
150. Праця у Львівській області у 2000 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2001. – 195 с.
151. Праця у Львівській області у 2001 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2002. – 250 с.
152. Праця у Львівській області у 2002 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2003. – 253 с.
153. Праця у Львівській області у 2003 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2004. – 255 с.
154. Праця у Львівській області у 2004 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2005. – 252 с.
155. Праця у Львівській області у 2005 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2006. – 254 с.
156. Праця у Львівській області у 2006 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2007. – 256 с.
157. Праця у Львівській області у 2007 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2008. – 320 с.
158. Праця у Львівській області у 2008 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2009. – 290 с.
159. Праця у Львівській області у 2010 році. Статистичний збірник / [відп. за вип. О.В. Кононова]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2011. – 254 с.
160. Приймак В. І. Трудовий потенціал і механізми його реалізації в регіоні : моногр. / В. І. Приймак. – Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2002. – 383 с.
161. Про Академію медичних наук України : Указ Президента України № 59/93 від 24.02.1993 р. // Збірник указів Президента від 31.03.1993 р. – 1993. – № 1.
162. Про атестацію лікарів Львівської області у 2009 році [Електронний ресурс] : Наказ Головного управління охорони здоров'я Львівської

- обласної державної адміністрації № 7-к від 12.01.2009 р. – Режим доступу : <http://old.guoz.lviv.ua/view/ukr/page/1515>.
163. Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 742 від 23.11.2007 р. // Офіційний вісник України від 28.12.2007 р. – 2007. – № 96. – С. 37, ст. 3507. – (Код акту 41808/2007).
 164. Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 588 від 12.08.2009 р. // Офіційний вісник України. – 2009. – № 76. – ст. 2591.
 165. Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 818 від 12.12.2006 р. // Офіційний вісник України від 09.01.2007 р. – 2006. – № 52. – С. 489, ст. 3551. – (Код акту 38297/2006).
 166. Про виконання плану цільового прийому сільської молоді у Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького та ВНЗ I-II рівня акредитації у 2010 році [Електронний ресурс] : рішення колегії Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації від 26.05.2010 р. Протокол № 4. – Режим доступу : <http://guoz.lviv.ua/ukr/about/32.html>.
 167. Про використання комп'ютерної програми «Контингент студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів III-IV рівнів акредитації» [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 31-адм від 07.02.2003 р. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?code=v0966282-09>.
 168. Про відзначення державними нагородами України медичних працівників : Указ Президента України № 445/2009 від 16.06.2009 р. // Офіційний вісник Президента України від 03.07.2009 р. – 2009. – № 19. – С. 8, ст. 610.
 169. Про відзначення державними нагородами України медичних працівників : Указ Президента України № 535/2008 від 11.06.2008 р. // Офіційний вісник Президента України від 21.06.2008 р. – 2008. – № 23. – С. 46, ст. 747.
 170. Про відзначення державними нагородами України медичних працівників : Указ Президента України № 523/2007 від 11.06.2007 р. // Урядовий кур'єр від 20.06.2007 р. – № 108.
 171. Про відзначення державними нагородами України медичних працівників : Указ Президента України № 521/2007 від 11.06.2007 р. // Урядовий кур'єр від 20.06.2007 р. – № 108.

172. Про відзначення державними нагородами України медичних працівників : Указ Президента України № 929/2007 від 28.09.2007 р. // Офіційний вісник Президента України від 22.10.2007 р. – 2007. – № 34. – С. 7, ст. 719.
173. Про відзначення державними нагородами України медичних працівників : Указ Президента України № 524/2006 від 15.06.2006 р. // Урядовий кур'єр від 22.06.2006 р. – № 115.
174. Про відзначення державними нагородами України працівників підприємств, установ та організацій Львівської області : Указ Президента України № 1001/2009 від 03.12.2009 р. // Офіційний вісник Президента України від 15.01.2010 р. – 2010. – № 1. – С. 11, ст. 3.
175. Про відзначення державними нагородами України працівників фармацевтичної галузі : Указ Президента України № 858/2007 від 13.09.2007 р. // Офіційний вісник Президента України від 24.09.2007 р. – 2007. – № 30. – С. 76, ст. 632.
176. Про внесення змін до наказу МОЗ України № 81 від 23.02.2005 р. : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 621 від 21.11.2005 р. // Офіційний вісник України від 28.12.2005 р. – 2005. – № 50. – Ст. 3158.
177. Про внесення змін до показників обласного бюджету Львівської області на 2008 рік [Електронний ресурс] : рішення XXIX сесії Львівської обласної ради № 680 від 30.09.2008 р. – Режим доступу : <http://www.oblrada.lviv.ua/programs.php>.
178. Про внесення змін до Порядку допуску до медичної і фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну чи фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 410 від 27.06.2006 р. // Офіційний вісник України від 12.07.2006 р. – 2006. – № 26. – С. 280, ст. 1920. – (Код акту 36707/2006).
179. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 17 серпня 2002 р. № 1134 : Постанова Кабінету Міністрів України № 1130 від 25.08.2004 р. // Офіційний вісник України від 17.09.2004 р. – 2004. – № 35. – С. 144, ст. 2342. – (Код акту 29935/2004).
180. Про внесення змін до Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення : Наказ Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України № 192/190 від 09.04.2008 р. // Офіційний вісник України від 16.05.2008 р. – 2008. – № 33. – С. 117, ст. 1119. – (Код акту 42998/2008).

181. Про внесення зміни до Порядку забезпечення працівників бюджетних установ (закладів) безплатним користуванням житлом з опаленням і освітленням відповідно до пункту «і» частини першої статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я, частини четвертої статті 29 Основ законодавства України про культуру, абзацу першого частини четвертої статті 57 Закону України «Про освіту». Наказ Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства культури і туризму України № 456/785/515/52 від 03.09.2007 р. // Офіційний вісник України від 21.09.2007 р. – 2007. – № 68. – С. 22, ст. 2612. – (Код акту 40931/2007).
182. Про внесення зміни до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я : Закон України (Постанова ВРУ № 121-VI від 12.02.2008 р.) // Відомості Верховної Ради України від 14.03.2008 р. – 2008. – № 11. – С. 328, ст. 108.
183. Про внесення зміни до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я : Закон України (Постанова ВРУ № 657-V від 08.02.2007 р.) // Відомості Верховної Ради України від 20.04.2007 р. – 2007. – № 16. – С. 638, ст. 215.
184. Про внесення зміни у додаток 1 до постанови Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2002 р. № 1298 : Постанова Кабінету Міністрів України № 518 від 30.06.2010 р. // Офіційний вісник України від 12.07.2010 р. – 2010. – № 50. – С. 19, ст. 1631. – (Код акту 51781/2010).
185. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення : Наказ Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України № 308/519 від 05.10.2005 р. // Офіційний вісник України від 02.11.2005 р. – 2005. – № 42. – С. 195, ст. 2675. – (Код акту 34075/2005).
186. Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78 «Охорона здоров'я») [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 117 від 29.03.2002 р. – Режим доступу : http://kadrovik01.com.ua/index.php?option=com_laws&view=laws&layout=article&Itemid=34&law_id=438.
187. Про впровадження етичного кодексу лікаря [Електронний ресурс] : Наказ Головного управління охорони здоров'я Львівської

- обласної державної адміністрації № 861 від 13.12.2007 р. – Режим доступу : <http://old.guoz.lviv.ua/view/ukr/page/267>.
188. Про впровадження рішення апаратної наради від 05.06.2001 року щодо працевлаштування у державних закладах охорони здоров'я випускників вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за контрактом [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 240 від 20.06.2001 р. – Режим доступу : <http://lawua.info/jurdata/dir259/dk259126.htm>.
189. Про державне замовлення на підготовку та випуск фахівців з вищою освітою у 2008 році [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 405 від 22.07.2008 р. – Режим доступу : http://www.uazakon.com/documents/date_cj/pg_gbwmxl/index.htm.
190. Про державне замовлення на підготовку та випуск фахівців з вищою освітою у 2009 році [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 429 від 16.06.2009 р. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?code=v0429282-09>.
191. Про державне замовлення на підготовку фахівців, науково-педагогічних кадрів, підвищення кваліфікації лікарів та провізорів (післядипломна освіта) у 2010 році [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 615 від 23.07.2010 р. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=11062>.
192. Про державне замовлення на підготовку фахівців, науково-педагогічних та робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів (післядипломна освіта) для державних потреб у 2009 році : Постанова Кабінету Міністрів України № 563 від 05.06.2009 р. // Офіційний вісник України від 19.06.2009 р. – 2009. – № 43. – С. 23, ст. 1435.
193. Про державне замовлення на підготовку фахівців, науково-педагогічних та робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів (післядипломна освіта) для державних потреб у 2008 році : Постанова Кабінету Міністрів України № 633 від 09.07.2008 р. // Офіційний вісник України від 25.07.2008 р. – 2008. – № 52, С. 33, ст. 1739. – (Код акту 43675/2008).
194. Про державне замовлення на підготовку фахівців, науково-педагогічних та робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів (післядипломна освіта) для державних потреб у 2007 році : Постанова Кабінету Міністрів України № 892 від 07.07.2007 р. // Офіційний вісник України від 20.07.2007 р. – 2007. – № 50. – С. 16, ст. 2035. – (Код акту 40361/2007).

195. Про Державний бюджет України на 2011 рік : Закон України № 2857-VI від 23.12.2010 р. // Відомості Верховної Ради України від 25.02.2011 р. – 2011. – № 7. – С. 194, ст. 52.
196. Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : Указ Президента України № 70/2010 від 27 січня 2010 р. // Офіційний вісник Президента України від 05.02.2010 р. – 2010. – № 5. – С. 26, ст. 136.
197. Про забезпечення виконання постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 № 208 [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 251 від 23.03.2010 р. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?code=v0251282-10>.
198. Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» як складової частини державної атестації лікарів-інтернів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 762 від 20.11.2006 р. // Офіційний вісник України від 25.12.2006 р. – 2006. – № 50. – С. 191, ст. 3345. – (Код акту 38078/2006).
199. Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Стоматологія» як складової частини державної атестації лікарів-інтернів, які навчаються в інтернатурі за спеціальністю «стоматологія» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 763 від 20.11.2006 р. // Офіційний вісник України від 25.12.2006 р. – 2006. – № 50. – С. 192, ст. 3346. – (Код акту 38079/2006).
200. Про затвердження «Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 роки» [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 585 від 08.11.2005 р. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1039.4895.0>.
201. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 341 від 25.06.2008 р. – Режим доступу : <http://ukraine.uapravo.net/data2008/base05/ukr05240.htm>.
202. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 484 від 07.07.2009 р. // Офіційний вісник України від 10.08.2009 р. – 2009. – № 58. – С. 81, ст. 2044.
203. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти на період до 2010 року [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України

- № 522/51 від 12.09.2008 р. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12141>.
204. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 166 від 31.03.2008 р. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?code=v0166282-08>.
205. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки : Постанова Кабінету Міністрів України № 14 від 10.01.2002 р. // Офіційний вісник України від 15.03.2002 р. – 2002. – № 9. – С. 30, ст. 403. – (Код акту 21660/2002).
206. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : Постанова Кабінету Міністрів України № 815 від 13.06.2007 р. // Офіційний вісник України від 25.06.2007 р. – 2007. – № 44. – С. 66, ст. 1790. – (Код акту 400/2007).
207. Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 319 від 25.05.2006 р. // Офіційний вісник України від 29.06.2006 р. – 2006. – № 24. – С. 146, ст. 1780. – (Код акту 36574/2006).
208. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 385 від 28.10.2002 р. // Офіційний вісник України. – 2002. – № 46. – Ст. 2116.
209. Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 81 від 23.02.2005 р. // Офіційний вісник України від 25.03.2005 р. – 2005. – № 10. – С. 40, ст. 512. – (Код акту 31768/2005).
210. Про затвердження Положення про організацію та порядок проведення державної атестації студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації за напрямом підготовки «Медицина» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 53 від 31.01.2005 р. // Офіційний вісник України від 11.03.2005 р. – 2005. – № 8. – С. 320, ст. 464. – (Код акту 31715/2005).
211. Про затвердження Положення про організацію та проведення практики студентів вищих медичних і фармацевтичних навчаль-

- них закладів I-II рівнів акредитації: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 690 від 07.12.2005 р. // Офіційний вісник України від 01.02.2006 р. – 2006. – № 3. – С. 166, ст. 109. – (Код акту 34931/2006).
212. Про затвердження Положення про порядок підготовки навчальної та навчально-методичної літератури для вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 73/131 від 16.02.2007 р. // Офіційний вісник України від 18.06.2007 р. – 2007. – № 42. – С. 100. – ст. 1686. – (Код акту 39986/2007).
213. Про затвердження Положення про проведення експерименту з підготовки фахівців з числа іноземних громадян у вищих медичних навчальних закладах II-IV рівнів акредитації Міністерства охорони здоров'я України за напрямом 1101 «Медицина», спеціальності «Сестринська справа» 5.110102 та 6.110100: Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України № 793/801 від 01.12.2006 р. // Офіційний вісник України від 02.01.2007 р. – 2006. – № 51. – С. 223, ст. 3438. – (Код акту 38204/2006).
214. Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації [Електронний ресурс]: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 291 від 19.09.1996 р. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0696-96>.
215. Про затвердження Положення про факультет (відділення) підвищення кваліфікації викладачів вищих медичних, фармацевтичних навчальних закладів та інститутів удосконалення лікарів України [Електронний ресурс]: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 258 від 30.12.1993 р. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0068-94>.
216. Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років лікарям і фахівцям з базовою та неповною вищою освітою державних та комунальних закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України № 1418 від 29.12.2009 р. // Офіційний вісник України. – 2010. – № 1. – С. 45, ст. 11. – (Код акту 49088/2010).
217. Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років посадовим особам державної санітарно-епідеміологічної служби України: Постанова Кабінету Міністрів України № 910

- від 26.08.2009 р. // Офіційний вісник України від 21.09.2009 р. – 2009. – № 70. – С. 37, ст. 2419.
218. Про затвердження Порядку допуску до медичної і фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну чи фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн [Електронний ресурс]: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 118-С від 19.08.1994 р. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0218-94>.
219. Про затвердження Порядку забезпечення працівників бюджетних установ (закладів) безплатним користуванням житлом з опаленням і освітленням відповідно до пункту «ї» частини першої статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я, частини четвертої статті 29 Основ законодавства України про культуру, абзацу першого частини четвертої статті 57 Закону України «Про освіту»: Наказ Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства культури і туризму України № 341/651/619/769 від 13.09.2006 р. // Офіційний вісник України від 27.11.2006 р. – 2006. – № 46. – С. 141, ст. 3094. – (Код акту 37843/2006).
220. Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 367 від 25.12.1997 р. // Офіційний вісник України від 07.05.1998 р. – 1998. – № 16. – С. 131. – (Код акту 5221/1998).
221. Про затвердження Програми зайнятості населення Львівської області на 2010-2011 роки [Електронний ресурс]: Розпорядження голови Львівської обласної державної адміністрації № 1497/0/5-09 від 31.12.2009 р. – Режим доступу: <http://www.loda.gov.ua/ua/docs/dir/6/document/233>.
222. Про затвердження Програми зайнятості населення м. Львова на 2010-2011 роки [Електронний ресурс]: Ухвала Львівської міської ради (пленарне засідання 17-ї сесії 5-го скликання) від 24.06.2010 р. – Режим доступу: http://lvivrada.gov.ua/files/Porjadok_dennuj/24_06_2010/%E2%84%96%204.doc.
223. Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій розрахунку продуктивності праці в цілому в економіці та за видами економічної діяльності [Електронний ресурс]: Наказ Міністерства

- економіки України № 916 від 26.12.2008 р. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ME08866.html.
224. Про збір і обробку статистичної інформації щодо руху контингенту студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів III–IV рівнів акредитації [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 358 від 26.06.2007 р. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=7080>.
225. Про зміни в організації спеціалізації (інтернатури) випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України № 96 від 27.02.1992 р. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1034.435.2&nobreak=1>.
226. Про клятву лікаря : Указ Президента України № 349/92 від 15.06.1992 р. // *Голос України*. – 1992. – 30 лип.
227. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. // *Офіційний вісник України* від 07.07.2000 р. – 2000. – № 25. – С. 130, ст. 1056. – (Кодакту 16129/2000).
228. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України № 1313/2000 від 07.12.2000 р. // *Уряд. кур'єр*. – 2000. – 20 груд.
229. Про критичну ситуацію в галузі щодо оплати праці [Електронний ресурс] : засідання Президії Профспілки працівників охорони здоров'я України (Київ, 21 груд. 2009 р.). – Режим доступу : <http://lviv.medprof.org.ua/lviv/socialno-ekonomichnii-zakhist/zakhodi-dlja-zberezhenja-zdorovja-pracivnikiv-ta-znizhennja-jikh-zakhvorjuvanosti>.
230. Про моніторинг стану виплат із заробітної плати, споживання енергоносіїв та інших витрат [Електронний ресурс] : Наказ Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації № 169 від 12.03.2008 р. – Режим доступу : <http://old.guoz.lviv.ua/view/ukr/page/562>.
231. Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України № 1907 від 28.12.2000 р. // *Офіційний вісник України* від 12.01.2001 р. – 2000. – № 52. – С. 182, ст. 2272. – (Код акту 17498/2000).
232. Про обласний бюджет Львівської області на 2009 рік [Електронний ресурс] : Рішення XXXV сесії Львівської обласної ради

- № 815 від 23.01.2009 р. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1176.65.0>.
233. Про обласний бюджет Львівської області на 2010 рік [Електронний ресурс] : Рішення L сесії Львівської обласної ради № 1206 від 13.05.2010 р. – Режим доступу : <http://www.loda.gov.ua/ua/inform-resources/budget>.
234. Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери : Постанова Кабінету Міністрів України № 1298 від 30.08.2002 р. // *Уряд. кур'єр* від 11.09.2002 р. – 2002. – № 166.
235. Про пенсійне забезпечення : Закон України № 1788-XII від 05.11.1991 р. // *Відомості Верховної Ради України* від 21.01.1992 р. – 1992. – № 3, ст. 10.
236. Про підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 198 від 07.09.1993 р. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0206-93>.
237. Про підсумки діяльності медичної галузі міста 2007 року [Електронний ресурс] / Управління охорони здоров'я Департаменту гуманітарної політики Львівської міської ради. – Режим доступу : <http://www.city-adm.lviv.ua/adm/management/department-of-health/reports/5-informacijna-dovidka-pro-robotu-upravlinna-ohoroni-zdorova-za-2007-rik>.
238. Про подальше впровадження та використання комп'ютерної програми «Контингент студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів III–IV рівнів акредитації» [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 966 від 21.12.2009 р. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=10398>.
239. Про подальше забезпечення відкритості у діяльності органів державної влади та створення умов для більш широкої участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Наказ Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації № 533 від 06.08.2007 р. – Режим доступу : <http://old.guoz.lviv.ua/view/ukr/page/362>.
240. Про подальше удосконалення атестації лікарів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 359 від 19.12.1997 р. // *Офіційний*

- вісник України від 05.02.1998 р. – 1998. – № 3. – С. 395, ст. 127. – (Код акту 4707/1998).
241. Про Положення про стипендії Президента України для видатних діячів галузі охорони здоров'я : Указ Президента України № 611/2006 від 13.07.2006 р. // Офіційний вісник України від 26.07.2006 р. – 2006. – № 28. – С. 18, ст. 2008.
 242. Про порядок використання в 2007 році коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з обміну та вивчення досвіду в іноземних клініках : Постанова Кабінету Міністрів України № 742 від 16.05.2007 р. // Офіційний вісник України від 01.06.2007 р. – 2007. – № 37. – С. 228, ст. 1491. – (Код акту 39811/2007).
 243. Про порядок використання у 2007 році коштів, передбачених у державному бюджеті для проведення заходів з обміну та вивчення досвіду у провідних клініках світу : Постанова Кабінету Міністрів України № 67 від 29.01.2007 р. // Офіційний вісник України від 09.02.2007 р. – 2007. – № 7. – С. 13, ст. 244. – (Код акту 38610/2007).
 244. Про порядок використання у 2008 році коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з обміну та вивчення досвіду в провідних клініках світу : Постанова Кабінету Міністрів України № 376 від 17.04.2008 р. // Офіційний вісник України від 05.05.2008 р. – 2008. – № 31. – С. 56, ст. 986. – (Код акту 42894/2008).
 245. Про призначення головних позаштатних спеціалістів Головного управління охорони здоров'я Львівської ОДА на 2010 рік [Електронний ресурс] : Наказ Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації № 29 від 18.01.2010 р. – Режим доступу : <http://guoz.lviv.ua/files/nakaz.guoz1.doc>.
 246. Про призначення стипендій Президента України видатним діячам галузі охорони здоров'я : Розпорядження Президента України № 114/2008-рп від 24.03.2008 р. // Офіційний вісник Президента України від 05.04.2008 р. – 2008. – № 8. – С. 75, ст. 453.
 247. Про проведення професійного конкурсу на кращу медсестру Львівщини-2008 [Електронний ресурс] : Наказ Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації № 266 від 11.04.2008 р. – Режим доступу : <http://old.guoz.lviv.ua/view/ukr/page/658>.

248. Про розподіл квот для одержувачів пільгових державних кредитів для здобуття вищої освіти у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації, підпорядкованих МОЗ України [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 659 від 29.12.2004 р. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041229_659.html.
249. Про розподіл квот для одержувачів пільгових державних кредитів для здобуття вищої освіти на 2009/2010 навчальний рік [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 585 від 10.08.2009 р. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=9298>.
250. Про розподіл обов'язків між заступниками начальника головного управління охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації [Електронний ресурс] : Наказ Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації № 450 від 30.06.2009 р. – Режим доступу : <http://old.guoz.lviv.ua/view/ukr/page/1862>.
251. Про співпрацю в сфері працевлаштування між Україною та Великою Соціалістичною Народною Лівійською Арабською Джамагірією [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 153 від 04.04.2005 р. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=3828>.
252. Про стан соціально-демографічної ситуації, охорони здоров'я і ринку праці в Україні : Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29.12.2009 р.; введено в дію Указом Президента України № 1124/2009 від 29.12.2009 р. // Офіційний вісник України. – 2009. – № 101. – С. 155, ст. 3519.
253. Про структуру освітньо-професійних програм та навчальних планів підготовки бакалаврів [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства освіти і науки України № 101 від 10.02.2010 р. – Режим доступу : http://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/6703.
254. Про схвалення Концепції Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України № 421-р від 24.07.2006 р. // Офіційний вісник України від 09.08.2006 р. – 2006. – № 30. – С. 124, ст. 2154.
255. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009-2013 роки : Розпорядження Кабінету Міністрів України № 731-р від 21.05.2008 р. // Офіційний

- вісник України від 02.06.2008 р. – 2008. – № 37. – С. 26, ст. 1241. – (Код акту 43145/2008).
256. Про управління якістю медичної допомоги [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 163 від 24.02.2010 р. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=10697>.
257. Про утворення Ради з питань реформування системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України № 1242 від 25.11.2009 р. // Офіційний вісник України від 11.12.2009 р. – 2009. – № 93. – С. 46, ст. 3156.
258. Про формування автоматизованої бази даних медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників сфери управління МОЗ України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 842 від 19.12.2006 р. // Офіційний вісник України від 02.02.2007 р. – 2007. – № 5. – С. 41, ст. 185. – (Код акту 38526/2007).
259. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23.02.2000 р. – Режим доступу : <http://zakon.pau.ua/doc/?uid=1039.1760.10&nobreak=1>.
260. Протокол про співробітництво в галузі фармацевтичної промисловості між Міністерством охорони здоров'я України і Міністерством охорони здоров'я Турецької Республіки від 23.11.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=792_029.
261. Радіонова І. Економічне зростання з участю людського капіталу / І. Радіонова // Економіка України : Політико-економічний журнал Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України, Міністерства фінансів України та Національної Академії Наук України. – 2009. – № 1. – С. 19–30.
262. Райская Н. Н. Индекс хозяйственной конъюнктуры и экономический рост / Н. Н. Райская, Я. В. Сергиенко, А. А. Френкель, О. Н. Матвеева // Вопросы статистики. – 2005. – № 8. – С. 10–13.
263. Регіони України. Статистичний збірник. Ч. I / [за ред. О. Г. Осауленка]. – К. : Державний комітет статистики України, 2009. – 369 с.
264. Регіони України : проблеми та пріоритети соціально-економічного розвитку : моногр. / [за ред. З. С. Варналія]. – К. : Знання України, 2005. – 498 с.
265. Рейтингова оцінка за попередніми результатами моніторингу стану охорони здоров'я в сільській місцевості : 2007 рік / [за заг. ред. Г. О. Слабкого]. – К. : МОЗ України, 2008. – 20 с.

266. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу 2007 року / [за заг. ред. Г. О. Слабкого]. – К. : МОЗ України, 2008. – 47 с.
267. Рекомендації щодо визначення заробітної плати працюючих в залежності від особистого внеску працівника в кінцеві результати роботи підприємства : Наказ Міністерства праці та соціальної політики України № 44 від 31.03.1999 р. // Праця і зарплата. – 1999. – № 11(171), червень.
268. Рішення колегії Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації від 06.03.2008 р. Протокол № 1 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uoz.lviv.ua/view/ukr/page/513>.
269. Романюк С. А. Політика регіонального розвитку в Україні : сучасний стан і нові можливості : Регіональні дослідження : моногр. / С. А. Романюк. – К. : УАДУ, 2001. – 112 с.
270. Рудень В. В. Диспропорція між бюджетним фінансуванням медичної галузі та станом здоров'я населення України як необхідність запровадження економічних методів управління у практичній охороні здоров'я / В. В. Рудень, О. М. Сидорчук, Т. Г. Гутор // Український медичний часопис. – 2006. – № 5(55) IX/X. – С. 11–16.
271. Савельєва Т. М. Термінологічне упорядкування понять «регіон» та «економічний розвиток регіону» / Т. М. Савельєва, В. Ю. Медвідь // Економіка та право. – 2009. – № 2. – С. 99–104.
272. Савченко В. А. Управління розвитком персоналу : навч. посіб. / В. А. Савченко. – К. : КНЕУ, 2002. – 351 с.
273. Садова У. Я. Соціальна політика України : регіональні дослідження і перспективи розвитку : моногр. / У. Я. Садова. – Львів : ІРД НАН України, 2005. – 408 с.
274. Садова У. Я. Традиції ремісництва і дефіцит кваліфікації робітничих кадрів на регіональному ринку праці Львівщини / [У. Я. Садова, Л. К. Семів, С. О. Цапок та ін.] ; за ред. У. Я. Садової. – Львів : НАН України, Ін-т регіональних досліджень, 2008. – 104 с.
275. Сидунова Г. И. Кадровая политика региона : инновационный поход [Електронний ресурс] : моногр. / Г. И. Сидунова. – М., 2003. – Режим доступу : <http://www.smartcat.ru/Personnel/liabilityD.shtml>.
276. Симоненко В. К. Регіональна політика : системний підхід / В. К. Симоненко // Економіка України. – 1996. – № 6. – С. 31–37.

277. Система освіти у Львівській області. Статистичний збірник / [відп. за вип. Н. І. Бонк]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2008. – 125 с.
278. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні протягом 2006-2009 рр. / [за ред. Г. О. Слабкого]. – К. : Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2010. – 31 с.
279. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні (2008–2010 рр.) : основні показники [Електронний ресурс] / за ред. Г. О. Слабкого. – К. : Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – Режим доступу : http://stat6.stat.lviv.ua/statbank_lviv.
280. Скуратівський В. А. Соціальна політика : навч. посіб. / В. А. Скуратівський, О. М. Палій, Е. М. Лібанова. – К. : УАДУ, 1997. – 360 с.
281. Слиньков В. Н. Управление персоналом : [практические рекомендации] / В. Н. Слиньков. – К. : Алерта, 2004. – 240 с.
282. Соколов М. О. Удосконалення управління регіональним соціально-економічним розвитком в умовах транзитивної економіки / М. О. Соколов // Вісник СумДУ. Серія : економіка. – 2007. – № 1. – Т. 2. – С. 96–103.
283. Солоненко Н. Д. Зміна ролі держави в реформах охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / Н. Д. Солоненко, Л. І. Жаліло // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я : [зб. наук. пр. УАДУ]. Ч. 1 / Одеська філія Української академії державного управління при Президентів України. – Одеса, 2001. – С. 175–188.
284. Соціальна економіка : навч. посіб. / [кол. авт. О. О. Беляєв, М. І. Дибя, В. І. Кириленко та ін.]. – К. : КНЕУ, 2005. – 196 с.
285. Соціальні індикатори рівня життя населення. Статистичний збірник / [за ред. С. О. Матковського; відп. за вип. Н. І. Мироненко]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2008. – 156 с.
286. Соціальні індикатори рівня життя населення. Статистичний збірник / [за ред. С. О. Матковського; відп. за вип. Н. І. Мироненко]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2009. – 164 с.
287. Соціальні індикатори рівня життя населення. Статистичний збірник / [за ред. С. О. Матковського; відп. за вип. Н. І. Мироненко]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській обл., 2011. – 170 с.

288. Спивак В. А. Организационное поведение и управление персоналом / В. А. Спивак. – СПб : Издательство «Питер», 2000. – 416 с. – (Серия «Учебники для вузов»).
289. Стан здоров'я населення України та результати діяльності галузі охорони здоров'я. 2002 р. : кол. моногр. / [В. Ф. Москаленко, А. В. Підаєв, В. М. Пономаренко та ін.]. – К. : Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут громадського здоров'я, 2003. – 489 с.
290. Статистична база даних Головного управління статистики у Львівській області [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://stat6.stat.lviv.ua/statbank_lviv/Dialog/statfile.asp?lang=1.
291. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних установ Львівської області за 1999 рік. – Львів : Головне управління охорони здоров'я ЛОДА ; Обласний центр медичної статистики ЛОДКЛ, 2000. – 176 с.
292. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів Львівської області за 2004 рік. – Львів : Головне управління охорони здоров'я ЛОДА ; Обласний медичний інформаційно-аналітичний центр, 2005. – 212 с.
293. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів Львівської області за 2005 рік. – Львів : Головне управління охорони здоров'я ЛОДА ; Обласний медичний інформаційно-аналітичний центр, 2006. – 220 с.
294. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів Львівської області за 2007 рік / [під заг. ред. І. Герича]. – Львів : Головне управління охорони здоров'я ЛОДА ; Обласний медичний інформаційно-аналітичний центр, 2008. – 218 с.
295. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів Львівської області за 2008 рік / [під заг. ред. В. Кімаковича]. – Львів : Головне управління охорони здоров'я ЛОДА ; Обласний медичний інформаційно-аналітичний центр, 2009. – 234 с.
296. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів Львівської області за 2010 рік / [під заг. ред. В. Кімаковича]. – Львів : Головне управління охорони здоров'я ЛОДА ; Обласний медичний інформаційно-аналітичний центр, 2011. – 245 с.

297. Статистичний щорічник Львівської області за 2006 рік. Ч. I / [за ред. С. О. Матковського]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2007. – 370 с.
298. Статистичний щорічник Львівської області за 2010 рік. Ч. 2 / [за ред. С. О. Матковського]. – Львів : Головне управління статистики у Львівській області, 2011. – 280 с.
299. Статистичний щорічник України за 2007 рік / [за ред. О. Г. Осауленка]. – К. : Видавництво «Консультант», 2008. – 572 с.
300. Статистичний щорічник України за 2008 рік / [за ред. О. Г. Осауленка]. – К. : Державний комітет статистики України, 2009. – 400 с.
301. Статистичний щорічник України за 2009 рік / [за ред. О. Г. Осауленка]. – К. : Консультант, 2010. – 650 с.
302. Строителева Т. Г. Трансформация кадровой политики в корпоративном секторе промышленности России : автореф. дисс. на соискание учен. степени доктора. экон. наук : спец. 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством (экономика труда)» / Тамара Григорьевна Строителева. – Краснодар, 2009. – 42 с.
303. Сурмин Ю. П. Теория систем и системный анализ : учеб. пособ. / Ю. П. Сурмин. – К. : МАУП, 2003. – 368 с.
304. Тарнавська Н. П. Менеджмент : теорія та практика : підруч. [для вузів] / Н. П. Тарнавська, Р. М. Пушкар. – Тернопіль : Карт-бланш, 1997. – 456 с.
305. Теория и практика управления персоналом : учеб.-метод. пособ. / авт.-сост. Г. В. Щёкин. – [2-е изд., стереотип.]. – К. : МАУП, 2003. – 280 с.
306. Трілленберг Г. І. Організаційно-економічні механізми формування і використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я регіону (на прикладі Тернопільської області) : дис. ... канд. экон. наук : 08.10.01 / Галина Іванівна Трілленберг. – Львів, 2004. – 232 с.
307. Тютюникова С. В. Формування кадрової політики в умовах вступу України до СОТ / С. В. Тютюникова, Т. В. Шталь, В. Ю. Ряскова // Економічний простір : [зб. наук. пр.] / Держ. вищий навч. закл. «Придніпровська державна академія будівництва та архітектури». – 2009. – № 22/2. – С. 26-32.
308. Угода між Міністерством охорони здоров'я Вірменії та Міністерством охорони здоров'я України про співробітництво в галузі медицини та охорони здоров'я на 1996-1998 роки від 14.05.1996 р. // Зібрання чинних міжнародних договорів України. – 2006. – № 6 (кн. 1). – С. 467, ст. 1407.

309. Угода між Міністерством охорони здоров'я України і Вищим Народним Комітетом (сфера послуг) Великої Соціалістичної Народної Лівійської Арабської Джамагирії про співробітництво в галузі медицини і охорони здоров'я від 23.04.2003 р. // Офіційний вісник України від 17.06.2005 р. – 2005. – № 22. – С. 372, ст. 1260. – (Код акту 32549/2005).
310. Угода між Міністерством охорони здоров'я України і Міністерством охорони здоров'я Ліванської Республіки про співробітництво в галузі медицини і охорони здоров'я від 08.07.2003 р. // Офіційний вісник України від 02.04.2004 р. – 2004. – № 11. – С. 285, ст. 711. – (Код акту 28099/2004).
311. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Македонія про співробітництво в галузі охорони здоров'я та медичної науки від 27.06.2005 р. // Офіційний вісник України від 14.10.2005 р. – 2005. – № 39. – С. 393, ст. 2519. – (Код акту 33831/2005).
312. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Таджикистан про співробітництво в галузі розвитку охорони здоров'я, фармації, медичної техніки та медичної науки та підготовки кадрів від 09.04.2003 р. // Офіційний вісник України від 09.04.2004 р. – 2004. – № 12. – Т. 2. – С. 660, ст. 841. – (Код акту 28250/2004).
313. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Російської Федерації про співробітництво з питань охорони здоров'я від 28.01.2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=643_165.
314. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Куба про співробітництво в галузі охорони здоров'я від 01.11.2002 р. // Офіційний вісник України від 22.08.2003 р. – 2003. – № 32. – С. 377, ст. 1763. – (Код акту 26050/2003).
315. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Болгарія про співробітництво в галузі охорони здоров'я та медичної науки від 25.09.2002 р. // Офіційний вісник України від 22.08.2003 р. – 2003. – № 32. – С. 372, ст. 1761. – (Код акту 26063/2003).
316. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством добробуту Латвійської Республіки про співробітництво в

- галузі охорони здоров'я та медичної науки від 06.02.2002 р. // Офіційний вісник України від 22.08.2003 р. – 2003. – № 32. – С. 367, ст. 1759. – (Код акту 26035/2003).
317. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Киргизької Республіки про співробітництво в галузі охорони здоров'я від 18.04.1997 р. // Офіційний вісник України від 22.08.2003 р. – 2003. – № 32. – С. 354, ст. 1754. – (Код акту 26043/2003).
318. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Азербайджанської Республіки про співробітництво в галузі медицини та охорони здоров'я від 24.03.1997 р. // Офіційний вісник України від 22.08.2003 р. – 2003. – № 32. – С. 351, ст. 1753. – (Код акту 26057/2003).
319. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Румунії про співробітництво в галузі охорони здоров'я та медичних наук від 29.03.1996 р. // Зібрання чинних міжнародних договорів України. – 2006. – № 6 (кн. 1). – С. 295, ст. 1374.
320. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Молдова про співробітництво в галузі медицини та охорони здоров'я на 1995-1996 роки від 29.08.1995 р. // Зібрання чинних міжнародних договорів України. – 2006. – № 5 (кн. 2). – С. 175, ст. 1217.
321. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Білорусь про співробітництво в галузі медицини та охорони здоров'я на 1995-1996 роки від 17.07.1995 р. // Офіційний вісник України від 22.08.2003 р. – 2003. – № 32. – С. 342, ст. 1750. – (Код акту 26077/2003).
322. Угода між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Республіки Польща про співробітництво в галузі охорони здоров'я від 14.03.2008 р. // Офіційний вісник України від 26.12.2008 р. – 2008. – № 96. – С. 111, ст. 3189. – (Кодакту 45174/2008).
323. Угода про співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичної науки між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я Китайської Народної Республіки від 31.10.1992 р. // Офіційний вісник України від 22.08.2003 р. – 2003. – № 32. – С. 336, ст. 1747. – (Код акту 26073/2003).
324. Угода про співробітництво між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством народного добробуту Угорської Респуб-

- ліки в галузі охорони здоров'я і медичних наук на 1997–2000 рр. від 23.06.1997 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=348_036.
325. Управление персоналом : учеб. [для вузов] / под ред. Т. Ю. Базарова, Б. Л. Еремина. – М. : Банки и биржи, ЮНИТИ, 1998. – 423 с.
326. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : кол. моногр. / [О. В. Баєва, М. М. Білінська, Л. І. Жаліло та ін. ; за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка]. – К. : МАУП, 2007. – 376 с.
327. Фетисов Г. Г. Региональная экономика и управление : учеб. / Г. Г. Фетисов, В. П. Орешин. – М. : ИНФРА-М, 2006. – 416 с. – (Высшее образование).
328. Халиков М. И. Государственная кадровая политика : учеб. пособ. / М. И. Халиков, Р. Х. Кунакбаев. – Уфа : РИО БАГСУ, 2002. – 77 с.
329. Хентце Й. Теория управления кадрами в рыночной экономике / Й. Хентце ; пер. с нем. Г. А. Рахманина. – М. : Международные отношения, 1997. – 664 с.
330. Хміль Ф. І. Управління персоналом : підруч. [для студ. вищих навч. закл.] / Ф. І. Хміль. – К. : Академвидав, 2006. – 488 с.
331. Ходакова О. В. Совершенствование системы управления кадрами в муниципальных учреждениях здравоохранения (на примере города Читы) : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / Ольга Владимировна Ходакова. – Красноярск, 2005. – 26 с.
332. Храмов В. О. Основы управления персоналом : навч.-метод. посіб. / В. О. Храмов, А. П. Бовтрук. – К. : МАУП, 2001. – 112 с.
333. Череп А. В. Парадигма кадрової політики суб'єктів господарювання / А. В. Череп, О. О. Єкімова // Економічний простір : [зб. наук. пр.] / Держ. вищий навч. закл. «Придніпровська державна академія будівництва та архітектури». – 2009. – № 22/2. – С. 145–155.
334. Шевчук Л. Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу : регіональний аналіз і прогноз : моногр. / Л. Т. Шевчук. – Львів, 2003. – 489 с.
335. Шляхи вдосконалення та перспективи розвитку ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону / Г. Трілленберг // Вісник Тернопільської академії народного господарства. – 2005. – № 1. – С. 135–144.
336. Шелобаев С. И. Математические методы и модели в экономике, финансах, бизнесе : учеб. пособ. [для вузов] / С. И. Шелобаев. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 367 с.

337. Шляфер С. И. Деятельность среднего медицинского персонала в Российской Федерации [Электронный ресурс] / [С. И. Шляфер, Н. Н. Камынина, А. В. Гажева и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. – 2010. – № 1 (13), 2 апр. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/170/30>.
338. Шутов М. М. Проблемы подготовки специалистов-менеджеров, руководителей лечебно-профилактических учреждений / М. М. Шутов // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11). – С. 68–71.
339. Щёкин Г. В. Организация и психология управления персоналом : учеб.-метод. пособ. / Г. В. Щёкин. – К. : МАУП, 2002. – 832 с.
340. Щёкин Г. В. Основы кадрового менеджмента : учеб. / Г. В. Щёкин. – [5-е изд., стереотип.]. – К. : МАУП, 2004. – 280 с.
341. Щёкин Г. В. Социальная теория и кадровая политика : моногр. / Г. В. Щёкин. – К. : МАУП, 2000. – 576 с.
342. Щёкин Г. В. Теория кадровой политики : моногр. / Г. В. Щёкин. – К. : МАУП, 1997. – 176 с.
343. Щукін О. С. Правовий статус медичних працівників за трудовим законодавством України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 12.00.05 «Трудове право ; право соціального забезпечення» / Олександр Сергійович Щукін. – Одеса, 2005. – 20 с.
344. Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение / В. К. Юрьев, Г. И. Куценко. – СПб : Петрополис, 2000. – 914 с.
345. Ютовець С. О. Формування понятійного апарату управління охороною здоров'я в Україні в сучасних умовах / С. О. Ютовець // Наукові праці МАУП : [зб. наук. пр.]. Вип. 2(18) / МАУП. – 2008. – С. 93-101.
346. Якою буде медична реформа в Україні? (Матеріал засідання Національної ради з питань охорони здоров'я населення від 13.01.2010 р.) [Електронний ресурс] // Щотижневик Аптека. – 2010. – № 723 (2), 18 січ. – Режим доступа : <http://www.apтека.ua/article/25164>.
347. Яцків М. І. Теорія економічного аналізу / М. І. Яцків. – Львів: Світ, 1993. – 65 с.
348. A guide to rapid assessment of human resources for health. – Geneva : World Health Organization (WHO), 2004. – 15 p.
349. A National Human Resources for Health Planning Framework / Project Leader : Dr Percy Mahlathi. – Pretoria : Department of Health of Republic of South Africa, 2006. – 83 p.

350. Abraham Pizam. The International Encyclopedia of Hospitality Management [Електронний ресурс] / Abraham Pizam [editor in chief]. – Oxford : Butterworth-Heinemann, 2005. – 685 p. – Режим доступа : <http://www.twirpx.com/file/481988>.
351. Birch S. Health human resources planning and the production of health : Development of an extended analytical framework for needs-based health human resources planning / [S. Birch, G. Kephart, G. Tomblin-Murphy et al.] : SEDAP Research Paper No. 168. – Hamilton, 2007, January. – 37 p.
352. Bowley A. L. Notes on Index Numbers / A. L. Bowley // Economic Journal 38. – 1928. – No. 150. – pp. 216-237.
353. Carl-Ardy Dubois. Human resources for health in Europe / Carl-Ardy Dubois, Martin McKee, Ellen Nolte. – Glasgow : European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2006. – 250 p.
354. Casparie A. F. Postoperative Wound Infections : A Useful Indicator of Quality of Care? / A. F. Casparie. – Ned Tijdschr Geneesk. – 2000 Mar 4. – No. 144(10). – pp. 460-462.
355. Chaix-Couturier C. Effects of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues / C. Chaix-Couturier, I. Durand-Zaleski, D. Jolly, P. Durieux // International Journal for Quality in Health Care. – 2000 Apr. – No. 12(2). – pp. 133-142.
356. Cooper R. A. Impact of Trends in Primary, Secondary, and Postsecondary Education on Applications to Medical School. II : Considerations of Race, Ethnicity, and Income. Academic Medicine / R. A. Cooper. – 2003. – No. 78. – pp. 864-876.
357. Failed States Index Scores 2008 / Fund for Peace [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://www.fundforpeace.org/global/?q=fsi-grid2011>.
358. Gilles Dussault. Human resources for health policies : a critical component in health policies [Електронний ресурс] / Gilles Dussault, Carl-Ardy Dubois // Human Resources for Health. – 2003 Apr. 14. – No. 1(1). – Режим доступа : <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>.
359. Hall T. Human resources for health : Models for projecting workforce supply and requirements : Projection model documentation [Електронний ресурс] / Thomas L. Hall. – Geneva : World Health Organization (WHO), 2001. – 234 p. – Режим доступа : <http://www.who.int/hrh/tools/models.pdf>.

360. Hornby P. Guidelines for Introducing Human Resource Indicators to Monitor Health Service Performance / P. Hornby, P. Forte. – Keele, Straffordshire (England) : Keele University, 2002. – 70 p.
361. Józef Penc. Kreatywne kierowanie [Електронний ресурс] / J. Penc. – Warszawa : Agencja wydawnicza «Placet», 2000. – 352 s. – Режим доступу : http://www.anonimus.com.pl/J_Penc.html.
362. Kaspar Wyss. Policies for human resource for health : why are they important? [Електронний ресурс] / K. Wyss. – Basel : Swiss Centre for International Health, Swiss Tropical Institute, 2003. – 14 p. – Режим доступу : http://www.sdc-health.ch/priorities_in_health/good_governance/management_of_health_services/policies_for_human_resources_for_health.
363. Kostera M. Zarządzanie personelem / M. Kostera. – Warszawa : Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 1999. – 140 s.
364. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians : A working document [Електронний ресурс] / M. Lalonde. – Ottawa : Department of National Health and Welfare, 1974. – Режим доступу : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf.
365. Lewicka O. Kierunki podwyższenia konkurencyjności systemu ochrony zdrowia w warunkach globalizacji (na przykładzie Ukrainy) / O. Lewicka // Polska w Unii Europejskiej – aspekty ekonomiczne, polityczne i społeczne : Zeszyt Studencki Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach. – 2008. – No. 7. – s. 111–116.
366. Lewicka Olga. Analiza porównawcza kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia na Ukrainie i w Polsce / Olga Lewicka // Ekonomista. – 2010. – No. 6. – s. 877–890.
367. Lewicka O. Problemy i perspektywy uzupełnienia polityki kadrowej w systemie ochrony zdrowia (na poziomie krajowym i regionalnym) / O. Lewicka // Zeszyt Studencki Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach. – 2009. – No. 8. – s. 165–172.
368. Norbert Dreesch. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals / Norbert Dreesch, Carmen Dolea, Mario R Dal Poz, Alexandre Goubarev, Orvill Adams, Maru Aregawi, Karin Bergstrom, Helga Fogstad, Della Sheratt, Jennifer Linkins, Robert Scherpbier, Mayada Youssef-Fox // Health Policy and Planning. – 2005, September. – Vol. 20. – No. 5. – pp. 267–276.

369. Paul Sparrow. Globalizing human resource management [Електронний ресурс] / P. Sparrow, C. Brewster, H. Harris. – London : Routledge, 2004. – 224 p. – Режим доступу : <http://ua.bookfi.org/book/749417>.
370. Ronquillo K. Development of Regional HRH Indicators and Monitoring Template / K. Ronquillo, R. Nodora, Ma. Silva : Progress Report Submitted to Asian Action Alliance for HRH Development [Електронний ресурс], 2009. – 15 p. – Режим доступу : http://www.aaahrh.org/documents/draft_monitoring.pdf.
371. Scott T. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care : A Review of The Available Instruments / T. Scott, R. Mannion, H. Davies, M. Marshall // Health Services Research. – 2003. – No. 38. – pp. 923–945.
372. The world health report 2006 : Working together for health [Електронний ресурс]. – Geneva : World Health Organization, 2006. – 209 p. – Режим доступу станом на 16 вер. 2007 р. : <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.
373. Thomas Bossert. Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health / [Thomas Bossert et al.]. – Geneva : World Health Organization, 2007. – 89 p.
374. Vovkanych Stepan. Human-Resource Potential in the Health-Care System of Ukraine : National and Regional Levels / Stepan Vovkanych, Olga Levytska // Problems of Economic Transition. – NY : M.E. Sharp, 2010. – Vol. 52. – No. 12 / April. – pp. 71–93.
375. William R. Tracey. The Human Resources Glossary : The Complete Desk Reference for Hr Executives, Managers, and Practitioners [Електронний ресурс] / William R. Tracey. – [3rd ed.]. – Boca Raton, Fla. : Saint Lucie Pr, 2004. – 824 p. – Режим доступу : http://humanresources.about.com/od/glossaryh/f/what_hr.htm.

ДОДАТКИ

Додаток А

Підходи провідних науковців до дефініції поняття «кадрова політика»

Підхід	Автор	Дефініція кадрової політики
1	2	3
Група соціально-економічних і технічних підходів		
Ресурсно-економічний	І. Оганесян [131, с. 20], Г. Щокін [341, с. 481]	Система принципів, форм, методів, напрямів і критеріїв роботи з персоналом, спрямованих на забезпечення суспільного виробництва та інших сфер національної економіки висококваліфікованими кадрами з необхідними професійними якостями.
Технічно-економічний	Т. Строїтелева [302, с. 18], Г. Щокін [341, с. 455]	Сукупність заходів, які дають можливість узгодити (об'єднати, погодити) управлінські дії при проведенні технічної та економічної політики в різних сферах національної економіки.
Соціально-моральний	В. Співак [288, с. 25]	Індикатор внутрішньоорганізаційної етики, показник щирості проголошуваних моральних принципів і фундаментальна основа іміджу.
Соціально-економічний	О. Колмакова [69, с. 7]	Планування соціального розвитку на всіх рівнях управління, вираження соціальних та економічних інтересів і відносин різних верств населення у кадровому контексті.
	Ю. Алексахіна [2]	Центральна і найскладніша підсистема (ядро) соціально-економічної системи, яка включає її трудовий потенціал, взаємодію різних його складових – кадрів, а також цілі, норми, механізми їх функціонування та розвитку.

Продовження дод. А

1	2	3
	В. Храмов і А. Бовтрук [332, с. 19]	Складова кадрового господарства і державної (регіональної, локальної) економічної політики, в межах якої державні органи і керівництво як державних, так і приватних організацій приймають принципові рішення у сфері людської праці.
	Г. Щокін [341, с. 454]	Одна з основних сфер загальнодержавної соціально-економічної політики, котра безпосередньо пов'язана з активізацією людського фактору, реалізацією економічних, політичних і соціальних програм.
Група організаційно-процесних підходів		
Об'єктно-суб'єктний	В. Співак [288, с. 24], Г. Щокін [342, с. 263-264], А. Кібанов та І. Дуракова [64, с. 296]	Діяльність, пов'язана з організацією відносин між суб'єктами (державними органами, органами управління організацій, посадовими особами різних рівнів ієрархії) та об'єктами управління (регіональними системами, галузями, організаціями, окремими людьми), тобто відносин «влада – підпорядкування».
	О. Крушельницька і Д. Мельничук [79, с. 38]	Інструмент управління людськими ресурсами, який формується державою, керівними партіями та керівництвом підприємств і знаходить конкретне вираження у вигляді адміністративних і моральних норм поведінки людей у суспільстві, організації.
	В. Колпаков і Г. Дмитренко [70, с. 318]	Діяльність персоналу вищого рівня управлінської ієрархії, що реалізується суб'єктами кадрових відносин у кадровій роботі з використанням системи засобів інформаційного впливу (методи, технології, способи) на персонал (об'єкт управління).
Організаційно-цільовий	І. Оганесян [131, с. 20], О. Крушельницька і Д. Мельничук [79, с. 38]	Організаційна діяльність, що має на меті об'єднання зусиль усіх працівників для вирішення конкретних завдань та виробничих, соціальних, особистих проблем людей на різних рівнях відповідальності.
	В. Колпаков і Г. Дмитренко [70, с. 215]	Сукупність правил і норм, що розробляються стратегічними органами управління для

Продовження дод. А

1	2	3
		приведення людських ресурсів у відповідність із цілями кадрової стратегії.
	Ю. Одегов, Т. Ніконова і Д. Бездєлов [132, с. 47]	Діяльність, спрямована на створення системи управління персоналом, що базується в основному не на адміністративних методах управління, а на економічних стимулах і соціальних гарантіях для досягнення високої продуктивності праці, зменшення плинності кадрів та інших негативних виявів.
	О. Корчагіна і М. Клочкова [75, с. 23]	Діяльність, спрямована на збереження, зміцнення і максимально ефективного використання кадрового потенціалу держави, регіону, галузі тощо.
Процесно-діяльнісний	Л. Балабанова і О. Сардак [5, с. 135], Т. Строїтелєва [302, с. 8], Г. Щокін [341, с. 455], В. Петюх [143, с. 35]	Діяльність, спрямована на своєчасне забезпечення оптимального балансу процесів комплектування, збереження персоналу, його розвитку відповідно до об'єктивних потреб, вимог чинного законодавства та стану ринку праці.
	В. Колпаков і Г. Дмитренко [70, с. 217]	Діяльність, для якої характерними є статична і динамічна складові: у статичній фазі розробляються концептуальні основи кадрової роботи, проектується і створюється система управління кадрами; у динамічній фазі практично реалізується сукупність сформульованих положень, офіційних вимог, принципів і практичних заходів щодо забезпечення дієздатності кадрового корпусу в реальних умовах.
	С. Тютюникова, Т. Шталь і В. Ряскова [307, с. 27]	Складний організаційно-економічний процес, який включає низку важливих заходів і процедур з пошуку і формування кадрового потенціалу; забезпечення умов його розвитку і вдосконалення; становлення соціальної інфраструктури тощо.
	Й. Хентце [329, с. 50]	Процес прийняття рішень стосовно кадрових питань.

Продовження дод. А

1	2	3
Група системних підходів		
Системно-функціональний	І. Оганесян [131, с. 20], О. Крушельницька і Д. Мельничук [79, с. 38], Г. Щокін [339, с. 781; 342, с. 263], К. Єрьоміна і В. Ретинська [325, с. 7], В. Колпаков і Г. Дмитренко [70, с. 214], В. Веснін [16, с. 104], М. Бесяцький, С. Велеско та П. Роїш [8, с. 7], І. Макарова [105, с. 168], П. Журавльов, С. Карташов та ін. [51, с. 53], Ю. Одегов, Т. Ніконова і Д. Бездєлов [132, с. 47], С. Мордовін [118, с. 38]	Система теоретичних поглядів, ідей, загальних і специфічних вимог, принципів, які визначають основні форми, методи та напрямки кадрової роботи (формування, використання, відтворення, стимулювання, розвиток персоналу, створення оптимальних умов праці та інші напрямки).
	В. Храмов і А. Бовтрук [332, с. 66]	Система управлінських рішень, за допомогою яких формуються і розподіляються засоби та способи управління людськими ресурсами, забезпечується реалізація національних інтересів, цілей і завдань у конкретних умовах функціонування механізму кадрового менеджменту.
	Г. Щокін [341, с. 457]	Комплексна система управління людськими ресурсами, система управління людьми в масштабах держави, регіону, галузі або окремої організації, яка охоплює розробку організаційних принципів і цілей роботи з людьми, формування і раціональне використання людських ресурсів.
Системно-структурний	В. Колпаков і Г. Дмитренко [70, с. 217]	Система, яка складається із взаємопов'язаних процесів (життєдіяльність, мислєдіяльність, діяльність і т. д.), функціональних структур (взаємозв'язки кадрових функцій на різних рівнях управління), організованості елементів (фіксація відносин, впорядкованість,

Продовження дод. А

1	2	3
		узгодженість дій між людьми, службами, рівнями управління) і безпосередньо людей (персонал, кадри).
Група історично-факторних підходів		
Історичний	О. Оболенський [129, с. 297]	Сукупність офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів регулювання кадрових відносин у конкретно-історичних умовах розвитку суспільства.
	А. Кібанов та І. Дуракова [64, с. 296]	Підсистема, яка відіграє важливе значення у розвитку цивілізованого суспільства і відображає головні риси суспільних відносин на певному етапі.
	Г. Щокін [341, с. 435]	Головний напрям організації суспільства будь-якого типу і на кожному конкретно-історичному етапі соціального розвитку.
Умовно-факторний	Ф. Хміль [330, с. 116]	Неодмінна умова ефективної роботи з персоналом, необхідна для вирішення усіх кадрових питань.
	Г. Щокін [340, с. 56], Н. Тарнавська та Р. Пушкар [304, с. 269], Р. Колосова і Г. Мелік'ян [55, с. 198]	Визначення кадрових цілей із врахуванням факторів зовнішнього (ринок праці, трудове законодавство, демографічні чинники) і внутрішнього (кадровий потенціал) середовища організації чи територіальної системи відповідно до горизонту прогнозування.
	О. Корчагіна і М. Клочкова [75, с. 23]	Система заходів, що розробляється із врахуванням внутрішніх ресурсів країни (регіону, організації), традицій і можливостей зовнішнього середовища.
Група стратегічно-векторних підходів		
Стратегічний	М. Костера [363, с. 23]	Загальна філософія розвитку трудового потенціалу, конкретизована у кадровій стратегії організації, галузі, регіону чи держави.
	В. Лук'янихін [102, с. 577]	Система впливів на персонал, які застосовуються протягом певного часу, з метою реалізації обраної кадрової стратегії.
	Г. Щокін [339, с. 67; 340, с. 57],	Цілісна кадрова стратегія, яка об'єднує різні елементи і форми кадрової роботи, стиль її

Продовження дод. А

1	2	3
	П. Журавльов, С. Карташов та ін. [51, с. 53-54]	проведення і плани з використання робочої сили.
	Є. Охотський [32, с. 29], В. Слиньков [281, с. 7]	Стратегія формування, розвитку і раціонального використання трудових ресурсів країни, яка виражає волю народу.
	О. Корчагіна і М. Клочкова [75, с. 23]	Формування стратегії кадрової роботи, встановлення цілей і завдань, визначення наукових принципів підбору, розміщення і розвитку персоналу, вдосконалення форм і методів кадрової роботи в конкретних умовах розвитку країни.
Векторний	І. Оганесян [131, с. 20], О. Крушельницька і Д. Мельничук [79, с. 38], О. Єгоршин [42, с. 690], Г. Щокін [339, с. 781; 341, с. 437, 454], Д. Аширов [3, с. 408], В. Красношапка [76, с. 9]	Генеральний напрям (лінія, курс) у кадровій роботі, який визначається сукупністю найбільш важливих, принципових положень, виражених у держаних рішеннях та рішеннях окремих організацій на тривалу перспективу чи конкретний період.
	Ф. Хміль [330, с. 116], У. Трейсі [375, с. 523]	Дороговказ при розробленні стратегії управління персоналом (комплексу довготривалих заходів) та виконання конкретних дій у сфері кадрових питань.
	Г. Щокін [341, с. 435]	Головний напрям організації суспільства будь-якого типу і на кожному конкретному історичному етапі соціального розвитку.
Група територіально-галузевих підходів		
Державно-політичний	В. Колпаков і Г. Дмитренко [70, с. 214], Н. Гнидюк, І. Ібрагімова [29, с. 33]	Політичний курс роботи з кадрами; курс дій щодо формування, розвитку та раціонального використання людських ресурсів держави.
	О. Єгоршин [42, с. 20]	Напрямок управління, який формується парламентом, керівною партією та урядом і значною мірою визначається типом влади та стилем управління у суспільстві.
	Г. Щокін [341, с. 454]	Один із провідних напрямків діяльності держави, що охоплює розробку організаційних

Продовження дод. А

1	2	3
		принципів роботи з людьми, формування і раціональне використання людських ресурсів, забезпечення ефективного розвитку кадрового потенціалу.
	Є. Охотський [32, с. 29]	Система офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів діяльності держави щодо регулювання кадрових процесів і відносин.
	О. Воронько [21, с. 144]	Важлива складова політики держави, її головна лінія у сфері добору, розміщення та виховання кадрів.
Регіональний	Г. Сідунова [275], Н. Богданова [10, с. 127]	Визначення стратегії, тактики і політичного курсу роботи з кадрами у регіоні; оптимальне поєднання регіональних, групових, індивідуальних інтересів і потреб у процесі розвитку кадрового потенціалу; сукупність цілей, завдань, найважливіших напрямків і принципів роботи регіональних і місцевих структур та інститутів з кадрами.
	О. Колмакова [69, с. 7]	Система заходів, спрямованих на формування інституціональних структур відповідно до цілей та інтересів регіону, для ефективного процесу відтворення та розвитку трудового потенціалу на певній фазі життєвого циклу економічної системи.
Галузевий	О. Перетяка [141], П. Бурлюк [13, с. 12]	Система планування, підготовки, розподілу, використання і розвитку кадрового потенціалу галузі відповідно до цілей, принципів та особливостей державної кадрової політики, потреб і можливостей галузі.

Джерело: опрацьовано автором.

Додаток Б

Таблиця Б.1

**Перелік професій і професійних назв робіт
у сфері охорони здоров'я населення**
(витяг із Національного класифікатора України
«Класифікатор професій» ДК 003:2010)

Код	Назва професійної групи, професії, роботи
1	2
1	Законодавці, вищі державні службовці, керівники, менеджери (управителі)
11	Законодавці, вищі державні службовці, вищі посадові особи громадських і самоврядувальних організацій ¹⁾
12	Керівники підприємств, установ та організацій
1229.5	Керівники підрозділів в охороні здоров'я: Головна медична сестра Головний державний санітарний лікар Начальник (завідувач) структурного підрозділу медичного закладу
14	Менеджери (управителі) підприємств, установ, організацій та їх підрозділів
148	Менеджери (управителі) в освіті, охороні здоров'я та соціальній допомозі
2	Професіонали
22	Професіонали в галузі наук про життя та медичних наук
2212	Професіонали в галузі патології, токсикології, фармакології, фізіології та епідеміології
2212.1	Наукові співробітники (патологія, токсикологія, фармакологія, фізіологія, епідеміологія)
2212.2	Патологи, токсикологи, фармакологи, фізіологи та епідеміологи
2221	Професіонали в галузі лікувальної справи (крім стоматології)
2221.1	Наукові співробітники (лікувальна справа, крім стоматології)
2221.2	Лікарі: Лікар гірничо-рятувальної частини Лікар з авіаційної медицини Лікар з народної та нетрадиційної медицини Лікар з променевої терапії Лікар з радіонуклідної діагностики

Продовження дод. Б, табл. Б1

1	2
	Лікар з ультразвукової діагностики Лікар загальної практики – сімейний лікар Лікар підводного апарата Лікар приймальної палати (відділення) Лікар пункту охорони здоров'я Лікар роз'їзний (лінійний) на залізничному транспорті Лікар станції (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги Лікар судновий Лікар-акушер-гінеколог Лікар-алерголог Лікар-анестезіолог Лікар-гастроентеролог Лікар-гематолог Лікар-генетик Лікар-геріатр Лікар-гінеколог для дітей та підлітків Лікар-гінеколог-онколог Лікар-дерматовенеролог Лікар-ендокринолог Лікар-імунолог Лікар-інфекціоніст Лікар-кардіолог Лікар-кардіоревматолог дитячий Лікар-комбустіолог Лікар-методист Лікар-нарколог Лікар-невролог дитячий Лікар-невропатолог Лікар-нейрохірург Лікар-нефролог Лікар-онколог Лікар-ортопед-травматолог Лікар-отоларинголог Лікар-офтальмолог Лікар-педіатр Лікар-педіатр дільничний Лікар-педіатр-неопатолог Лікар-психіатр Лікар-психолог

Продовження дод. Б, табл. Б1

1	2
	Лікар-психотерапевт Лікар-психофізіолог Лікар-пульмонолог Лікар-радіолог Лікар-ревматолог Лікар-рефлексотерапевт Лікар-сексопатолог Лікар-сурдолог Лікар-терапевт Лікар-терапевт дільничний Лікар-терапевт підлітковий Лікар-терапевт цехової лікарської дільниці Лікар-токсиколог Лікар-трансплантолог Лікар-трансфузіолог Лікар-уролог Лікар-фтизіатр Лікар-хірург Лікар-хірург-онколог Лікар-хірург-проктолог Лікар-хірург серцево-судинний Лікар-хірург судинний Лікар-хірург торакальний
2222	Професіонали в галузі стоматології
2222.1	Наукові співробітники (стоматологія)
2222.2	Стоматологи: Лікар-стоматолог Лікар-стоматолог-ортодонт Лікар-стоматолог-ортопед Лікар-стоматолог-терапевт Лікар-стоматолог-хірург
2224	Професіонали в галузі фармації
2224.1	Наукові співробітники (фармація)
2224.2	Провізори: Провізор клінічний Провізор-аналітик Провізор-гомеопат Провізор-косметолог Провізор-токсиколог

Продовження дод. Б, табл. Б1

1	2
2225	Професіонали в галузі медико-профілактичної справи
2225.1	Наукові співробітники в галузі медико-профілактичної справи
2225.2	Лікарі, фахівці в галузі медико-профілактичної справи: Лікар з гігієни дітей та підлітків Лікар з гігієни праці Лікар з гігієни харчування Лікар з комунальної гігієни Лікар з радіаційної гігієни Лікар із загальної гігієни Лікар-бактеріолог Лікар-вірусолог Лікар-дезінфекціоніст Лікар-епідеміолог Лікар-паразитолог Лікар-профпатолог Лікар-санолог
2229	Інші професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)
2229.1	Наукові співробітники в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)
2229.2	Професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства): Інспектор-лікар Лікар з контролю за тими, хто займається фізкультурою та спортом Лікар з лікувальної фізкультури та спортивної медицини Лікар з функціональної діагностики Лікар спортивний (збірної чи клубної команди) Лікар-дієтолог Лікар-ендоскопіст Лікар-лаборант Лікар-лаборант-генетик Лікар-лаборант-гігієніст Лікар-лаборант-гігієніст з дослідження фізичних факторів навколишнього середовища Лікар-лаборант-гігієніст з дослідження хімічних факторів навколишнього середовища Лікар-лаборант-імунолог Лікар-рентгенолог Лікар-статистик

Продовження дод. Б, табл. Б1

1	2
	Лікар-судово-медичний гістолог Лікар-судово-медичний експерт Лікар-судово-медичний імунолог Лікар-судово-медичний криміналіст Лікар-судово-медичний токсиколог Лікар-судово-медичний цитолог Лікар-судово-психіатричний експерт Лікар-фізіотерапевт
2230	Професіонали в галузі сестринської справи та акушерства
2230.1	Наукові співробітники (сестринська справа, акушерство)
2230.2	Медичні сестри та акушерки: Фельдшер на морських і річкових суднах
23	Викладачі ²⁾
2340	Вчителі спеціалізованих навчальних закладів: Вихователь соціальний по роботі з дітьми-інвалідами Вчитель-логопед Інструктор слухового кабінету Вчитель-реабілітолог Консультант центральної психолого-медико-педагогічної консультації Консультант психолого-медико-педагогічної консультації Перекладач-дактилолог навчальних закладів Педагог соціальний Вчитель-дефектолог
24	Інші професіонали
2463.2	Професіонали із санаторно-курортної справи
3	Фахівці
32	Фахівці в галузі біології, агрономії та медицини
3221	Медичні асистенти: Лаборант (медицина) Фельдшер із санітарної освіти Фельдшер Фельдшер станції (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги Фельдшер санітарний Лікар-стажист
3222	Гігієністи: Гігієніст зубний Інструктор із санітарної освіти

Продовження дод. Б, табл. Б1

1	2
3224	Окулісти та оптики: Оптометрист
3225	Дантисти-асистенти: Лікар зубний Технік зубний
3226	Фізіотерапевти та масажисти: Інструктор з трудової адаптації Інструктор з трудової терапії Масажист Масажист спортивний Фахівець з фізичної реабілітації
3228	Фармацевти: Лаборант (фармація) Фармацевт Провізор-інтерн
3229	Інші асистенти професіоналів в галузі сучасної медицини (крім медсестер): Лікар-інтерн Логопед Рентгенолаборант Технолог з лабораторної діагностики Технолог з рентгенологічної діагностики Фельдшер-лаборант
3231	Медичні сестри, що асистують професіоналам: Сестра медична Сестра медична з дієтичного харчування Сестра медична з косметичних процедур Сестра медична з лікувальної фізкультури Сестра медична з масажу Сестра медична з фізіотерапії Сестра медична з функціональної діагностики Сестра медична зі стоматології Сестра медична милосердя Сестра медична операційна Сестра медична поліклініки Сестра медична станції (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги Сестра медична стаціонару Сестра медична-анестезист

Продовження дод. Б, табл. Б1

1	2
	Статистик медичний Технік-ортезист-гіпсовиливальник
3232	Помічники професіоналів-акушерів: Акушерка
3241	Фахівці, що практикують в галузі нетрадиційної медицини: Оператор безконтактного масажу
5	Працівники сфери торгівлі та послуг
51	<i>Працівники, що надають персональні та захисні послуги</i>
5132	Основні наймані працівники з догляду за хворими: Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця, санітарка-буфетниця та ін.) Молодша медична сестра з догляду за хворими
8	Робітники з обслуговування, експлуатації та контролю за роботою технологічного устаткування, складання устаткування та машин
82	<i>Робітники, що обслуговують машини, та складальники машин</i>
8221	Робітники, що обслуговують устаткування з виробництва фармацевтичних продуктів та косметичних засобів
83	<i>Водії та робітники з обслуговування пересувної техніки та установок</i>
8322	Водії автотранспортних засобів та робітники з обслуговування автотранспортної техніки ³⁾

¹⁾ Лише особи, задіяні в державних органах, їх підрозділах, наукових установах, громадських і самоврядувальних організаціях, функції яких пов'язані з управлінням галуззю охорони здоров'я.

²⁾ Викладачі та інші професіонали вищих і середніх професійних медичних навчальних закладів.

³⁾ Водії карет швидкої медичної допомоги.

Таблиця Б.2

Перелік лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою (фармацевтів) у закладах охорони здоров'я

*(затверджений Наказом МОЗ України
№ 385 від 28 жовтня 2002 р.)*

№	Посади	Спеціальність
1	2	3
Лікарські посади і спеціальності		
<i>I. Керівники закладів охорони здоров'я та їх заступники</i>		
1	Генеральний директор	Організація і управління охороною здоров'я
2	Директор	- / -
3	Головний лікар	- / -
4	Головний державний санітарний лікар	- / -
5	Начальник	- / -
6	Завідувач	- / -
7	Заступники з числа лікарів (генерального директора, директора, головного лікаря, головного державного санітарного лікаря, начальника, завідувача)	- / -
<i>II. Керівники структурних підрозділів</i>		
8	Завідувач	Лікарська спеціальність за профілем підрозділу
9	Начальник	- / -
<i>III. Лікарі-спеціалісти</i>		
10	Лікар з авіаційної медицини	Авіаційна та космічна медицина
11	Лікар-акушер-гінеколог	Акушерство і гінекологія
12	Лікар-алерголог	Алергологія
13	Лікар-алерголог дитячий	Дитяча алергологія
14	Лікар-анестезіолог	Анестезіологія
15	Лікар-анестезіолог дитячий	Дитяча анестезіологія
16	Лікар-бактеріолог	Бактеріологія
17	Лікар-вірусолог	Вірусологія

Продовження дод. Б, табл. Б2

1	2	3
18	Лікар-гастроентеролог	Гастроентерологія
19	Лікар-гастроентеролог дитячий	Дитяча гастроентерологія
20	Лікар-гематолог	Гематологія
21	Лікар-гематолог дитячий	Дитяча гематологія
22	Лікар-генетик	Генетика медична
23	Лікар-геріатр	Геріатрія
24	Лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку	Дитяча гінекологія
25	Лікар-гінеколог-онколог	Онкогінекологія
26	Лікар з гігієни дітей та підлітків	Гігієна дітей та підлітків
27	Лікар з гігієни праці	Гігієна праці
28	Лікар з гігієни харчування	Гігієна харчування
29	Лікар-дезінфекціоніст	Дезінфекційна справа
30	Лікар-дерматовенеролог	Дерматовенерологія
31	Лікар-дерматовенеролог дитячий	Дитяча дерматовенерологія
32	Лікар-дієтолог	Дієтологія
33	Лікар-ендокринолог	Ендокринологія
34	Лікар-ендокринолог дитячий	Дитяча ендокринологія
35	Лікар-ендоскопіст	Ендоскопія
36	Лікар-епідеміолог	Епідеміологія
37	Лікар загальної практики – сімейний лікар	Загальна практика – сімейна медицина
38	Лікар із загальної гігієни	Загальна гігієна
39	Лікар-імунолог	Імунологія
40	Лікар-імунолог клінічний	Клінічна імунологія
41	Лікар-імунолог дитячий	Дитяча імунологія
42	Лікар-інфекціоніст	Інфекційні хвороби
43	Лікар-інфекціоніст дитячий	Дитячі інфекційні хвороби
44	Лікар-інтерн	Відповідна спеціальність
45	Лікар-кардіолог	Кардіологія
46	Лікар-кардіоревматолог дитячий	Дитяча кардіоревматологія
47	Лікар-комбустіолог	Комбустіологія
48	Лікар з комунальної гігієни	Комунальна гігієна
49	Лікар-лаборант	Клінічна лабораторна діагностика

Продовження дод. Б, табл. Б2

1	2	3
50	Лікар-лаборант-генетик	Генетика лабораторна
51	Лікар-лаборант-гігієніст	Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища
52	Лікар-лаборант-імунолог	Лабораторна імунологія
52	Лікар-лаборант з клінічної біохімії	Клінічна біохімія
54	Лікар-лаборант-гігієніст з дослідження хімічних факторів навколишнього середовища	Лабораторні дослідження хімічних факторів навколишнього середовища
55	Лікар-лаборант-гігієніст з дослідження фізичних факторів навколишнього середовища	Лабораторні дослідження фізичних факторів навколишнього середовища
56	Лікар з лікувальної фізкультури та спортивної медицини	Лікувальна фізкультура і спортивна медицина
57	Лікар з лікувальної фізкультури	Лікувальна фізкультура
58	Лікар-методист	Організація і управління охороною здоров'я
59	Лікар-мікробіолог-вірусолог	Мікробіологія і вірусологія
60	Лікар з народної та нетрадиційної медицини	Народна та нетрадиційна медицина
61	Лікар-нарколог	Наркологія
62	Лікар-нарколог дільничний	- / -
63	Лікар-невропатолог	Неврологія
64	Лікар-невролог дитячий	Дитяча неврологія
65	Лікар-нефролог	Нефрологія
66	Лікар-нефролог дитячий	Дитяча нефрологія
67	Лікар-нейрохірург	Нейрохірургія
68	Лікар-нейрохірург дитячий	Дитяча нейрохірургія
69	Лікар-онколог	Онкологія
70	Лікар-онколог дитячий	Дитяча онкологія
71	Лікар-ортопед-травматолог	Ортопедія і травматологія
72	Лікар-ортопед-травматолог дитячий	Дитяча ортопедія і травматологія
73	Лікар-отоларинголог	Отоларингологія
74	Лікар-отоларинголог дитячий	Дитяча отоларингологія
75	Лікар-отоларинголог-онколог	Онкоотоларингологія

Продовження дод. Б, табл. Б2

1	2	3
76	Лікар-офтальмолог	Офтальмологія
77	Лікар-офтальмолог дитячий	Дитяча офтальмологія
78	Лікар-паразитолог	Паразитологія
79	Лікар-патологоанатом	Патологічна анатомія
80	Лікар-патологоанатом дитячий	Дитяча патологічна анатомія
81	Лікар-педіатр	Педіатрія
82	Лікар-педіатр дільничний	- / -
83	Лікар-педіатр-неонатолог	Неонатологія
84	Лікар приймальної палати (відділення)	Лікарська спеціальність за профілем підрозділу
85	Лікар з променевої терапії	Променева терапія
86	Лікар-профпатолог	Професійна патологія
87	Лікар-психіатр	Психіатрія
88	Лікар-психіатр дільничний	- / -
89	Лікар-психіатр дитячий	Дитяча психіатрія
90	Лікар-психіатр дитячий дільничний	Дитяча психіатрія
91	Лікар-психіатр підлітковий	- / -
92	Лікар-психіатр підлітковий дільничний	- / -
93	Лікар-психолог	Медична психологія
94	Лікар-психотерапевт	Психотерапія
95	Лікар-психофізіолог	Психофізіологія
96	Лікар-пульмонолог	Пульмонологія
97	Лікар-пульмонолог дитячий	Дитяча пульмонологія
98	Лікар пункту охорони здоров'я	Терапія
99	Лікар з радіаційної гігієни	Радіаційна гігієна
100	Лікар-радіолог	Радіологія
101	Лікар з радіонуклідної діагностики	Радіонуклідна діагностика
102	Лікар-рентгенолог	Рентгенологія
103	Лікар-ревматолог	Ревматологія
104	Лікар-рефлексотерапевт	Рефлексотерапія
105	Лікар-санолог	Санологія
106	Лікар із спортивної медицини	Спортивна медицина
107	Лікар-сексопатолог	Сексопатологія

Продовження дод. Б, табл. Б2

1	2	3
108	Лікар-статистик	Організація і управління охороною здоров'я
109	Лікар-стажист	Відповідна спеціальність
110	Лікар станції (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги	Медицина невідкладних станів
111	Лікар-стоматолог	Стоматологія
112	Лікар-стоматолог дитячий	Дитяча стоматологія
113	Лікар-стоматолог-ортодонт	Ортодонція
114	Лікар-стоматолог-ортопед	Ортопедична стоматологія
115	Лікар-стоматолог-терапевт	Терапевтична стоматологія
116	Лікар-стоматолог-хірург	Хірургічна стоматологія
117	Лікар судовий	Судова медицина
118	Лікар - судово-медичний експерт	Судово-медична експертиза
119	Лікар - судово-медичний експерт гістолог	Судово-медична гістологія
120	Лікар - судово-медичний експерт імунолог	Судово-медична імунологія
121	Лікар - судово-медичний експерт криміналіст	Судово-медична криміналістика
122	Лікар - судово-медичний експерт цитолог	Судово-медична цитологія
123	Лікар - судово-медичний експерт токсиколог	Судово-медична токсикологія
124	Лікар - судово-психіатричний експерт	Судово-психіатрична експертиза
125	Лікар-сурдолог	Сурдологія
126	Лікар-терапевт	Терапія
127	Лікар-терапевт дільничний	- / -
128	Лікар-терапевт цехової лікарської дільниці	- / -
129	Лікар-терапевт підлітковий	Підліткова терапія
130	Лікар-токсиколог	Токсикологія
131	Лікар-трансплантолог	Трансплантологія
132	Лікар-трансфузіолог	Трансфузіологія
133	Лікар з ультразвукової діагностики	Ультразвукова діагностика

Продовження дод. Б, табл. Б2

1	2	3
134	Лікар-уролог	Урологія
135	Лікар-уролог дитячий	Дитяча урологія
136	Лікар-фізіотерапевт	Фізіотерапія
137	Лікар-фтизіатр	Фтизіатрія
138	Лікар-фтизіатр дільничний	- / -
139	Лікар-фтизіатр дитячий	Дитяча фтизіатрія
140	Лікар з функціональної діагностики	Функціональна діагностика
141	Лікар-хірург	Хірургія
142	Лікар-хірург дитячий	Дитяча хірургія
143	Лікар-хірург-онколог	Онкохірургія
144	Лікар-хірург судинний	Судинна хірургія
145	Лікар-хірург серцево-судинний	Хірургія серця і магістральних судин
146	Лікар-хірург торакальний	Торакальна хірургія
147	Лікар-хірург проктолог	Проктологія
Провізорські посади і спеціальності		
<i>I. Керівники фармацевтичних (аптечних) закладів та їх заступники</i>		
148	Завідувач	Організація і управління фармацією
149	Директор	- / -
150	Начальник	- / -
151	Заступники з числа провізорів (завідувача, директора, начальника)	- / -
<i>II. Керівники структурних підрозділів</i>		
152	Завідувач	Провізорська спеціальність за профілем структурного підрозділу
153	Начальник	- / -
154	Заступники з числа провізорів (завідувача, начальника)	- / -
155	Завідувач аптечного пункту	- / -
<i>III. Провізори-спеціалісти</i>		
156	Старший провізор	Організація і управління фармацією
157	Провізор	Загальна фармація

Продовження дод. Б, табл. Б2

1	2	3
158	Провізор-косметолог	- / -
159	Провізор-аналітик	Аналітично-контрольна фармація
160	Провізор клінічний	Клінічна фармація
161	Провізор-інтерн	Відповідна спеціальність
Посади і спеціальності молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою		
<i>I. Керівники структурних підрозділів</i>		
162	Завідувач	Фармація
163	Начальник	- / -
164	Заступники з числа фармацевтів (завідувача, начальника)	- / -
<i>II. Молодші спеціалісти</i>		
165	Фармацевт	Фармація
166	Лаборант	- / -

Додаток В
Міжнародні договори та нормативно-правові акти
центральных органів влади і їх територіальних підрозділів,
що регулюють питання кадрової політики
у системі охорони здоров'я регіону

Тип докум.	Назва та опис документу
1	2
Міжнародні договори України про співробітництво в галузі охорони здоров'я	<p><i>Договори із:</i></p> <p>КНР (дві угоди – 1992 р. і 2003 р.); Білоруссю (1995 р.); Молдовою (1995 р.); Румунією (1996 р.); Вірменією (1996 р.); Азербайджаном (1997 р.); Киргизією (1997 р.); Угорщиною (1997 р.); Туреччиною (2000 р.); Латвією (2002 р.); Болгарією (2002 р.); Іраном (2002 р.); Кубою (2002 р.); Росією (2003 р.); Таджикистаном (2003 р.); Лівією (угода з 2003 р. та наказ Міністерства з 2005 р.); Ліваном (2003 р.); Македонією (2005 р.); Польщею (2008 р.) тощо.</p> <p>Угодами передбачені такі форми співпраці, як взаємний обмін спеціалістами з метою навчання, підвищення кваліфікації, професійних консультацій, обміну досвідом і впровадження кращих досягнень медичної науки та практики, прямі контакти між вітчизняними і закордонними науково-дослідними, навчальними та медичними закладами, установами й організаціями, підготовка (перепідготовка) іноземних громадян вищими медичними закладами освіти України (на контрактній основі), оптимізація навчальних планів і програм вітчизняними та закордонними медичними навчальними закладами, вирішення питання но-стрифікації документів про освіту, скерування українських медичних фахівців на роботу до інших країн на підставі офіційного попереднього запиту, державна підтримка у проведенні науково-дослідних робіт в галузі охорони здоров'я, медичної науки та фармації.</p>

1	2
Укази Президента України	<ul style="list-style-type: none"> – «Про клятву лікаря» від 15 червня 1992 р. № 349/92; – «Про Академію медичних наук України» від 24 лютого 1993 р. № 59/93; – «Про Положення про стипендії Президента України для видагних діячів галузі охорони здоров'я» від 13 липня 2006 р. № 611/2006 (Положення визначає порядок призначення та виплати стипендій Президенту України медичним і фармацевтичним працівникам та затверджує розмір щомісячної стипендії – 375 грн протягом одного року); – «Про відзначення державними нагородами України медичних працівників» від 16 червня 2009 р. № 445/2009, від 11 червня 2008 р. № 535/2008, від 11 червня 2007 р. № 523/2007, від 11 червня 2007 р. № 521/2007, від 28 вересня 2007 р. № 929/2007, від 15 червня 2006 р. № 524/2006 та ін.; – «Про відзначення державними нагородами України працівників фармацевтичної галузі» від 13 вересня 2007 р. № 858/2007; – «Про відзначення державними нагородами України працівників підприємств, установ та організацій Львівської області» від 3 грудня 2009 р. № 1001/2009 (Указом присвоєні ордени і почесні звання, зокрема «Заслужений лікар України», за значний внесок у розвиток Львівської області, система охорони здоров'я якої (в частині кадрового забезпечення і потенціалу) є об'єктом дослідження); – «Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 27.01.2010 р. № 70/2010 (підвищення рівня оплати праці медичних працівників, вирішення питань щодо забезпечення їх житлом, створення Інституту підготовки менеджерів з охорони здоров'я тощо).
Розпорядження Президента України	<ul style="list-style-type: none"> – «Про призначення стипендій Президенту України видагним діячам галузі охорони здоров'я» від 24 березня 2008 р. № 114/2008-рп, яким започатковано з 1 січня 2006 року 200 щорічних стипендій у системі охорони здоров'я на підставі відповідного Положення, затвердженого Указом Президента України від 13.07.2006 р. № 611/2006.

1	2
Постанови Кабінету Міністрів України	<ul style="list-style-type: none"> – «Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я» від 17 лютого 2010 р. № 208 (передбачається перспективне планування та своєчасна підготовка і перепідготовка лікарів загальної практики, посилення соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, запровадження підготовки менеджерів з охорони здоров'я тощо); – «Про порядок використання у 2008 році коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з обміну та вивчення досвіду в провідних клініках світу» від 17 квітня 2008 р. № 376 (Постанова гарантує можливість стажування українських медичних фахівців за кордоном з метою обміну міжнародним досвідом) та аналогічні Постанови про порядок використання коштів у 2007 році (від 29 січня 2007 р. № 67 і від 16 травня 2007 р. № 742); – «Про державне замовлення на підготовку фахівців, науково-педагогічних та робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів (післядипломна освіта) для державних потреб у 2009 році» (одними із замовниками у переліку виступають Міністерство охорони здоров'я та Академія медичних наук) від 5 червня 2009 р. № 563, від 9 липня 2008 р. № 633, від 7 липня 2007 р. № 892; – «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років лікарям і фахівцям з базовою та повною вищою освітою державних та комунальних закладів охорони здоров'я» від 29 грудня 2009 р. № 1418 (Постановою призначено з 1 січня 2010 року виплати медичним працівникам щомісячної надбавки до посадового окладу за вислугу років (без урахування інших доплат і надбавок) у розмірі залежно від фактично відпрацьованого часу: 10%, якщо стаж роботи перевищує 3 роки, 20% за стаж понад 10 років і 30% у випадку стажу роботи понад 20 років); – «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років посадовим особам державної санітарно-епідеміологічної служби України» від 26.08.2009 р. № 910 (порядок, умови та розмір щомісячної надбавки для затверджених даною Постановою категорій працівників аналогічні, як і для лікарів та фахівців з базовою та повною вищою освітою державних та комунальних закладів охорони здоров'я згідно з Постановою уряду від 29 грудня 2009 р. № 1418); – «Про утворення Ради з питань реформування системи охорони здоров'я» від 25 листопада 2009 р. № 1242 (один із напрямків роботи Ради – «підготовка пропозицій щодо формування економічно

1	2
1	<p>об'їмленої державної політики, спрямованої на забезпечення захисту інтересів суспільства та медичних працівників» із врахуванням позицій даних працівників, трудових колективів закладів охорони здоров'я та об'єднань громадян);</p> <p>– «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20 червня 2000 р. № 989 (статус Постанови на сьогодні не визначено, однак нею ініційовано важливі процеси, а саме: розроблення і затвердження пакету нормативних документів, що регламентують діяльність працівників (лікарів, середнього медичного персоналу, менеджерів тощо) закладів і поділяють загальну практику (сімейної медицини); опрацювання і затвердження норм навантаження та професійно-кваліфікаційних характеристик даної категорії спеціалістів; врегулювання системи обчислення стажу працівникам загальної практики під час атестації та системи їх матеріального заохочення; удосконалення освітніх програм і розроблення освітніх стандартів для підготовки фахівців сімейної медицини; організацію підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації даних фахівців);</p> <p>– «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 30 серпня 2002 р. № 1298 (Постановою упорядковано систему оплати праці (тарифні ставки, коефіцієнти, розряди і їх діапазони) працівників установ, закладів та організацій охорони здоров'я);</p> <p>– «Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я» від 28 грудня 2000 р. № 1907 (на основі цього нормативно-правового документу Міністерство охорони здоров'я проводить рейтингові оцінки діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я за затвердженими індикативними показниками, які включають дані стосовно кадрового забезпечення галузі);</p> <p>– «Про зміни в організації спеціалізації (інтернатури) випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів» від 27 лютого 1992 р. № 96 (починаючи з 1992/93 навчального року, урядом встановлено спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів протягом 1-3 років і порядок оплати праці зазначених фахівців).</p>

1	2
Розпорядження КМУ	<p>– Концепція Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року від 24 липня 2006 р. № 421-р. Концепція передбачає необхідність належного кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, зокрема шляхом високоякісної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів, медсестер, менеджерів та іншого персоналу для надання первинної медичної допомоги в достатньому обсязі. Крім того, звертається увага на доцільність розроблення і впровадження стандартів первинної допомоги та критеріїв оцінки її якості.</p>
Накази Міністерства охорони здоров'я України	<p>1. <i>Формування людських ресурсів (демографічна та освітня підсистема):</i></p> <p>– «Про затвердження Положення про порядок підготовки навчальної та навчально-методичної літератури для вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації» від 16 лютого 2007 р. № 73/131;</p> <p>– «Про формування автоматизованої бази даних медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників сфери управління МОЗ України» від 19 грудня 2006 р. № 842 з відповідним Положенням, яке визначає мету, структуру (інформація на рівні закладу охорони здоров'я та на рівні територій), порядок створення і використання зазначеної бази даних;</p> <p>– «Про затвердження Положення про проведення експерименту з підготовки фахівців з числа іноземних громадян у вищих медичних навчальних закладах II-IV рівнів акредитації Міністерства охорони здоров'я України за напрямом 1101 «Медицина», спеціальності «Сестринська справа» 5.110102 та 6.110100» від 1 грудня 2006 р. № 793/801 з метою реалізації Програми розвитку медсестринства України (2005–2010 рр.) і забезпечення розвитку міжнародного співробітництва у галузі медсестринської освіти;</p> <p>– «Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Загальна лікарська підготовка» як складової частини державної атестації лікарів-інтернів» від 20 листопада 2006 р. № 762;</p> <p>– «Про запровадження ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3. Стоматологія» як складової частини державної атестації лікарів-інтернів, які навчаються в інтернатурі за спеціальністю «стоматологія» від 20 листопада 2006 р. № 763;</p>

1	2
	<ul style="list-style-type: none"> – «Про затвердження Положення про організацію та проведення практики студентів вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації» від 7 грудня 2005 р. № 690, яким визначаються види, тривалість, порядок проходження та матеріальне забезпечення практики для даної категорії студентів; – «Про затвердження Положення про організацію та порядок проведення державної атестації студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації за напрямом підготовки «Медицина»» від 31 січня 2005 р. № 53; «Про збір і обробку статистичної інформації щодо руху контингенту студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів III-IV рівнів акредитації» від 26 червня 2007 р. № 358 відповідно до Наказу – «Про використання комп'ютерної програми «Контингент студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів III-IV рівнів акредитації»» від 7 лютого 2003 р. № 31-адм. Мета програми полягає у створенні єдиної інформаційно-аналітичної мережі вищезазначених навчальних закладів та закладів післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України щодо моніторингу кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я; – «Про подальше впровадження та використання комп'ютерної програми «Контингент студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів III-IV рівнів акредитації»» від 17 грудня 2009 р. № 966 з відповідним планом заходів; – «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти на період до 2010 року» від 12 вересня 2008 р. № 522/51, яка містить детальний План заходів щодо створення протягом 2009-2010 років правових, економічних і організаційних умов для підвищення якості вищої медичної освіти шляхом приведення її стандартів до міжнародних вимог та ефективного використання матеріально-технічного і наукового потенціалу галузі. <p>2. Розподіл людських ресурсів (підсистема зайнятості, зокрема залучення, розподілу і перерозподілу кадрів):</p> <ul style="list-style-type: none"> – «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» від 25 грудня 1997 р. № 367;

1	2
	<ul style="list-style-type: none"> – «Про затвердження Порядку допуску до медичної і фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну чи фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн» від 19 серпня 1994 р. № 118-С зі змінами від 27 червня 2006 р. № 410. Цим Порядком визначаються організаційно-правові основи забезпечення прав осіб, що отримали освіту в іноземних країнах, на здійснення професійної діяльності в Україні, а також підкреслюється відкритість кадрової політики в системі охорони здоров'я; – «Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78 «Охорона здоров'я»)» від 29 березня 2002 р. № 117, який є важливим орієнтиром у процесі залучення і розподілу персоналу в системі охорони здоров'я. <p>3. Використання людських ресурсів (підсистема організації, оцінювання, стимулювання і контролю якості праці та підсистема соціальних послуг):</p> <ul style="list-style-type: none"> – «Про забезпечення виконання постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 № 208» від 23 березня 2010 р. № 251 (Наказом запланована програма забезпечення медичних працівників житлом, у тому числі службовим); – «Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я» від 12 серпня 2009 р. № 588 (Наказом визначено порядок атестації та номенклатура спеціальностей професіоналів з вищою немедичною освітою); – «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» від 7 липня 2009 р. № 484 (основа запроваджені з 1 січня 2010 року системи – це набір кожним лікарем протягом міжатестаційного періоду певної кількості балів, що є підставою для допуску до іспиту на складання лікарської категорії після проходження передатестаційного циклу); – «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою» від 23 листопада 2007 р. № 742; – «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів» від 12 грудня 2006 р. № 818 із затвердженими Положенням про порядок проведення атестації провізорів і фармацевтів та номенклатурою провізорських спеціальностей; – «Про подальше удосконалення атестації лікарів» від 19 грудня 1997 р. № 359 зі змінами та доповненнями. Наказ містить Положення про порядок проведення атестації лікарів та номенклатуру лікарських спеціальностей;

1	2
	<ul style="list-style-type: none"> – «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 5 жовтня 2005 р. № 308/519 (даним документом затверджені розміри тарифних розрядів і коефіцієнтів з оплати праці вищезгаданих працівників на основі Єдиної тарифної сітки, а також розміри доплат і надбавок) з останніми змінами тарифних коефіцієнтів від 9 квітня 2008 р. № 192/190; – «Про затвердження Порядку забезпечення працівників бюджетних установ (закладів) безплатним користуванням житлом з опаленням і освітленням відповідно до пункту «і» частини першої статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я, частини четвертої статті 29 Основ законодавства України про культуру, абзацу першого частини четвертої статті 57 Закону України «Про освіту»» від 13 вересня 2006 р. № 341/651/619/769 зі змінами від 3 вересня 2007 р. № 456/785/515/52, які визначають категорії громадян, що мають право на гарантії, та умови їх надання; – «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» від 28 жовтня 2002 р. № 385; – «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я» від 25 травня 2006 р. № 319 відповідно до статті 51 Кодексу законів про працю України «Скорочена тривалість робочого часу» зі змінами та доповненнями; – «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» від 23 лютого 2000 р. № 33 (Наказом затверджені з 1 липня 2001 р. штатні нормативи і типові штати для різних видів закладів охорони здоров'я); – «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року» від 25 червня 2008 р. № 341 відповідно до Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року (Наказ від 31 березня 2008 р. № 166), якими передбачено створення при Міністерстві на усіх рівнях управління Координаційних рад управління якістю медичної допомоги та інших структур. 4. <i>Розвиток людських ресурсів (підсистема професійного і соціального розвитку):</i> – «Положення про підвищення кваліфікації лікарів (провізорів) на курсах інформації і стажування» від 22 липня 1993 р. № 166;

1	2
	<ul style="list-style-type: none"> – «Про підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою» від 7 вересня 1993 р. № 198, яким затверджено постійно діючі курси підвищення кваліфікації та перепідготовки зазначених спеціалістів, перелік циклів їхньої спеціалізації та інші питання; – «Про затвердження Положення про факультет (відділення) підвищення кваліфікації викладачів вищих медичних, фармацевтичних навчальних закладів та інститутів удосконалення лікарів України» від 30 грудня 1993 р. № 258; – «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації» від 19 вересня 1996 р. № 291; – «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів» від 23 лютого 2005 р. № 81 зі змінами від 21 листопада 2005 р. № 621; – «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти на період до 2010 року» від 12 вересня 2008 р. № 522/51, в якій заплановано впровадження у післядипломну освіту інституту резидентури, створення програм безперервного професійного розвитку медичних і фармацевтичних працівників (у тому числі із дистанційною формою підготовки), збільшення обсягів перепідготовки спеціалістів з медичною освітою відповідно до потреб регіонів, першочергово для первинної ланки охорони здоров'я, забезпечення подальшого розвитку співпраці з міжнародними, міжурядовими і неурядовими організаціями, фондами і програмами (ЄС, ВООЗ та ін.).
Рішення колегії Гол. упр. охор. зд. МОДА	<ul style="list-style-type: none"> – Рішення від 06.03.2008 р. Протокол № 1 (стосовно покращення кадрового забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги, умов праці та побуту медичного персоналу у сільській місцевості, політики працевлаштування в лікувально-профілактичні заклади молодих спеціалістів і т.д.).

1	2
Наказ Головного управління охорони здоров'я Львівської ОДА на 2010 рік	<ul style="list-style-type: none"> «Про подальше забезпечення відкритості у діяльності органів державної влади та створення умов для більш широкої участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я» від 6 серпня 2007 р. № 533; «Про впровадження етичного кодексу лікаря» від 13 грудня 2007 р. № 861; «Про моніторинг стану виплат із заробітної плати, споживання енергоносіїв та інших витрат» від 12 березня 2008 р. № 169; «Про проведення професійного конкурсу на крашу медсестру Львівщини-2008» від 11 квітня 2008 р. № 266; «Про атестацію лікарів Львівської області у 2009 році» від 12 січня 2009 р. № 7-к (щорічний наказ); «Про розподіл обов'язків між заступниками начальника головного управління охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації» від 30 червня 2009 р. № 450; «Про призначення головних позаштатних спеціалістів управління головного управління охорони здоров'я Львівської ОДА на 2010 рік» від 18 січня 2010 р. № 29 (щорічний наказ).

Джерело: опрацьовано автором.

Додаток Д
Система основних індикаторів
для оцінки кадрового потенціалу і політики управління
людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я

Індикатор	Орієнтир (рекомендації ВООЗ)
1	2
<i>Географічний розподіл людських ресурсів</i>	
Відношення найвищого рівня забезпеченості лікарями (середнім персоналом чи іншою категорією працівників) до найнижчого рівня за регіонами (у т. ч. розподіл за типом місцевості)	1,0 (на основі принципу справедливості)
<i>Гендерно-віковий розподіл людських ресурсів</i>	
Співвідношення різних категорій працівників охорони здоров'я за статтю, віком	Немає
<i>Розподіл і структура людських ресурсів за професійно-кваліфікаційними ознаками</i>	
Розподіл працівників галузі за професійними групами (а також за спеціалізаціями, рівнем кваліфікації та іншими ознаками)	20-30% – лікарі, провізори і фармацевти; 30-40% – середній медичний персонал; 40-50% – допоміжні та інші працівники. Із розвитком держави (регіону) частка перших двох груп повинна збільшуватись, а питома вага допоміжних та інших працівників – зменшуватись
Співвідношення кількості лікарів і середнього медичного персоналу	1:4 – 1:5 (у випадку відношення кількості лікарів до медичних сестер – 1:2 – 1:4)
Співвідношення кількості медичних сестер і допоміжних працівників (молодшого медперсоналу), зайнятих догляданням хворих	1:5 (для країн, що розвиваються; з перспективою збільшення кваліфікованих молодших медпрацівників)
Співвідношення некваліфікованих і кваліфікованих працівників в охороні здоров'я	Немає
Питома вага працівників, що здобули освіту немедичного спрямування	Немає

Продовження Дод. Д

1	2
Частка персоналу без професійної освіти у загальній структурі людських ресурсів галузі	Немає
Частка державних службовців та посадових осіб Міністерства охорони здоров'я, його територіальних управлінь і структурних підрозділів органів виконавчої влади у загальній структурі людських ресурсів	3-6%
Питома вага науковців у галузі	Як мінімум 3%
Частка педагогічного персоналу медичних навчальних закладів (МНЗ)	Немає
<i>Розподіл людських ресурсів за секторами охорони здоров'я</i>	
Співвідношення чисельності працівників (різних категорій), задіяних у державному секторі, і людських ресурсів у приватній охороні здоров'я	Немає
<i>Фінансування заходів у сфері управління людськими ресурсами галузі та ефективність розподілу коштів</i>	
Частка ВВП (ВРП), що скеровується на потреби охорони здоров'я, в т. ч. на душу населення у доларах США за ПКС (рівень бюджетного фінансування)	6,6-13,9% (6,6% – мінімальний рівень фінансування, тобто рівень виживання галузі; нижчий рівень вважається рівнем повного руйнування структури охорони здоров'я); 1500-4880 дол. США за ПКС у розрахунку на душу населення
Частка витрат на людські ресурси у загальній структурі бюджету галузі (додатково визначають частку державних витрат на конкретну категорію персоналу)	50-75% (у більшості розвинутих країнах на професійну підготовку й оплату праці персоналу охорони здоров'я витрачають до 50% загальних асигнувань)*
Обсяг витрат на людські ресурси галузі у розрахунку на душу населення	Немає
Загальний середньорічний дохід працівників охорони здоров'я	У розвинутих країнах у 2-3 рази вищий за середній рівень доходу в цих країнах
Середньомісячна заробітна плата одного працівника (у т. ч. за категоріями)	Орієнтиром може виступати рівень середньомісячної заробітної плати

Продовження Дод. Д

1	2
персоналу, рівнем його кваліфікації тощо)	в інших секторах економіки (наприклад, у промисловості), в охороні здоров'я інших країн, рівень життя у регіоні, думка самих працівників
Коефіцієнт заробітної плати в галузі як відношення до ВВП (ВРП) на душу населення	1,5-2 – для медичної сестри, 3-13 – для лікаря (рівень розвинутих країн світу)
Частка працівників, охоплених соціальним страхуванням, в загальній структурі персоналу	100% (ідеальна ситуація)
<i>Якість та продуктивність праці медичного персоналу</i>	
Середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі	У країнах СНД – 13-14 ліжко-днів, в ЄС – до 9, а в США – 5-7
Середнє число вакцинацій на одного медичного працівника в день	Немає
Кількість відвідувань пацієнтами лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів у відношенні до чисельності медичних працівників зазначеної категорії (або в розрахунку на одного мешканця регіону)	Немає
Кількість хворих, пролікованих у стаціонарних закладах охорони здоров'я, у відношенні до чисельності медичних працівників стаціонару	Немає
Співвідношення кількості годин, проведених з пацієнтами, та загальної кількості годин роботи (для працівників, котрі відвідують пацієнтів, наприклад, сімейні лікарі)	Немає
Частка активних відвідувань (з ініціативи лікаря) дільничним (сімейним) лікарем мешканців дільниці у структурі всіх відвідувань	Приблизно 30%
Функція лікарської посади (кількість відвідувань в поліклініці та вдома за певний період у відношенні до кількості зайнятих посад)	Залежить від кількості робочих днів та укомплектованості лікарських посад

Продовження Дод. Д

1	2
Повторність амбулаторних відвідувань (співвідношення повторних і первинних відвідувань лікаря)	Немає
Кількість випадків внутрішньолікарняних інфекцій в розрахунку на кількість госпіталізованих пацієнтів	0 (ідеальна ситуація)
Продуктивність праці в галузі (відношення валової доданої вартості в охороні здоров'я в постійних або фактичних цінах періоду, для якого проводиться розрахунок, до кількості зайнятих в галузі у вибраному періоді)	Немає
Індекс продуктивності праці в галузі (відношення продуктивності праці в постійних цінах у періоді, для якого проводиться розрахунок, до продуктивності праці в попередньому періоді)	Немає
<i>Привабливість медичної професії та задоволеність умовами праці (мотиваційні індикатори)</i>	
Середня вартість навчання у МНЗ за напрямками (спеціалізаціями)	Немає
Частка бюджетних місць навчання у МНЗ (загалом та за напрямками підготовки)	Немає
Кількість абітурієнтів (конкурс) на одне місце у МНЗ (загалом та за напрямками підготовки)	Немає
Рівень річної чистої (як внутрішньої, так і зовнішньої) міграції різних категорій працівників галузі за напрямками переміщення	Немає
Частка працівників галузі, котрі мають намір емігрувати (вже є емігрантами), змінити роботу або швидше вийти на пенсію через низький рівень заробітної плати	Орієнтири: міжпрофесійні порівняння та ряди динаміки

Продовження Дод. Д

1	2
Рівень професійних захворювань серед працівників сфери охорони здоров'я	0 (ідеальна ситуація)
Загальний коефіцієнт невиходу на роботу (відношення кількості пропущених робочих днів до середньооблікової чисельності кадрів)	0 (ідеальна ситуація)
Середня кількість годин роботи в тиждень за категоріями працівників	Немає
Відсоток скарг з боку працівників галузі	0% (ідеальна ситуація)
Співвідношення рівнів середньої заробітної плати у галузі та в країні (регіоні) загалом; в сільській та міській місцевості (географічний розподіл); у приватному і державному секторах; співвідношення рівнів заробітної плати різних категорій людських ресурсів; жінок та чоловіків, що працюють в охороні здоров'я (гендерний розподіл)	Орієнтиром можуть виступати відповідні співвідношення в інших країнах, порівняння з рівнем середньої заробітної плати в інших галузях національної економіки, а також думка самих працівників галузі. У випадку гендерного співвідношення пропорція повинна бути 1:1 (за принципом справедливості)
Рівень плинності кадрів (кількість звільнених з непланових причин осіб в рік у відношенні до середньооблікової чисельності персоналу)	5-8%
Рівень безробіття у галузі (за категоріями персоналу)	Немає
Кількість вакансій у галузі за посадами	Немає
<i>Ступінь використання медичного персоналу</i>	
Коефіцієнт внутрішнього сумісництва (відношення кількості зайнятих посад до кількості фізичних осіб)	Немає
Коефіцієнт зовнішнього сумісництва (частка лікарів, медсестер та інших категорій персоналу, які мають більше, ніж одне місце праці)	Немає
Кількість працівників (окремо лікарів і середнього медичного персоналу)	Немає

Продовження Дод. Д

1	2
у розрахунку на 100 ліжок (співвідношення «працівник – матеріальні ресурси»)	
К-сть персоналу, що працює на засадах (не)повної зайнятості, у відношенні до середньооблікової чисельності працівників (або до к-сті пацієнтів)	Немає
Співвідношення показників здоров'я (наприклад, дитячої смертності, захворюваності на туберкульоз і т. д.) та рівня забезпеченості медичними кадрами різних категорій	Немає
<i>Підготовка кадрових ресурсів у галузі</i>	
Кількість усіх абітурієнтів у розрахунку на один навчальний заклад, що здійснює підготовку персоналу для сфери охорони здоров'я (у т. ч. частка дівчат)	1,5-1,9 (частка дівчат за принципом справедливості повинна становити 50%)
Частка абітурієнтів, прийнятих у навчальні заклади з підготовки кадрів для охорони здоров'я	Немає
Частка випускників у загальній структурі тих, хто поступив у МНЗ	85% в медичних інститутах та університетах, 90-95% в медичних училищах і коледжах
Частка випускників вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ), що поступають в ординатуру (у т. ч. за спеціалізаціями)	Немає
Частка випускників, які працевлаштувались у галузі охорони здоров'я (у т. ч. розподіл за державним і приватним секторами)	100% (ідеальна ситуація)
Географічний розподіл випускників МНЗ (відношення найвищої частки випускників до найнижчої частки за регіонами)	Немає
Гендерний розподіл випускників МНЗ (співвідношення чоловіків та жінок)	1:1 (за принципом справедливості)

Продовження Дод. Д

1	2
<i>Якість навчальних програм та процесу навчання</i>	
Частка навчальних курсів у МНЗ, присвячених вивченню найактуальніших для конкретної країни (регіону) захворювань	Немає
Кількість годин в тиждень, відведених на надання допомоги пацієнтам (клінічні навички)	Немає
Середня кількість студентів в академічній (навчальній) групі	Немає
Співвідношення чисельності студентів-медиків та чисельності педагогічного персоналу МНЗ	1:6-10 та 1:10-15 (на одного викладача в еквіваленті повної зайнятості повинно припадати 6-10 студентів лікарських спеціальностей і 10-15 студентів – майбутніх середніх медичних працівників)
Кількість комп'ютерів на одного студента МНЗ	Немає
Кількість зв'язків (угод про обмін студентами) з вітчизняними та закордонними навчальними закладами, що готують кадри для охорони здоров'я	Чим більше, тим краще
<i>Управління людськими ресурсами охорони здоров'я в контексті державного сектору (ступінь децентралізації)</i>	
Вибір діапазону заробітної плати (обмежений, середній, широкий)	Обмежений: визначається законом або органом управління, вищим за Міністерство охорони здоров'я. Помірний (середній): різні моделі для вибору на місцевому рівні (національні мінімальні стандарти, гнучкість у класифікації посад тощо). Широкий: без обмежень
Можливості наймати/звільняти персонал (обмежені, середні, широкі)	Обмежені: визначаються правилами для державної служби в країні. Помірні: регулюються місцевими (регіональними) правилами для державного сектору. Широкі: не визначаються жодними правилами

Продовження Дод. Д

1	2
Вибір у розподілі персоналу та норм комплектації штатів у закладах охорони здоров'я (обмежений, середній, широкий)	Обмежений: визначається Міністерством охорони здоров'я на центральному рівні. Помірний: безліч моделей для вибору на місцевому рівні (національні мінімальні стандарти, дозвіл різноманітних або еквівалентних видів комплектації штатів). Широкий: немає стандартів, вищих за місцевий рівень
Вибір при наборі кадрів (обмежений, середній, широкий)	
Вибір при переведення/просуванні кадрів (обмежений, середній, широкий)	
Вибір при розподілі засобів (частка місцевих витрат, яка визначається у вищих інстанціях)	Обмежений: висока частка. Помірний: середня частка. Широкий: низька частка
<i>Управління людськими ресурсами охорони здоров'я: стратегічний аспект</i>	
Еквівалент повної зайнятості персоналу, задіяного в управлінні людськими ресурсами галузі на найвищому рівні (у числовому вираженні)	1+ (залежно від потреби). Відповідальність за управління людськими ресурсами може бути розділена між багатьма особами, проте в такій ситуації, як правило, важче досягти узгоджених дій та реалізації відповідної кадрової політики
Співвідношення керівників на центральному і на регіональному рівні управління	Немає
Частка керівників різних рівнів, що пройшли курси (тренінг) з питань управління у звітному році	Немає
Наявність формального (закріпленого в окремому документі) плану щодо управління людськими ресурсами галузі, пов'язаного з відповідною місією та цілями	Так (це один із елементів стратегічного управління)
Наявність чіткої системи реєстрації приватних постачальників медичних послуг (інституційне середовище)	Так (ефективна взаємодія з приватним сектором та його регулювання вимагають точної інформації про кількість, категорії і кваліфікації приватних постачальників медичних послуг)

Продовження Дод. Д

1	2
Кількість категорій людських ресурсів державного сектору охорони здоров'я, яким дозволено хоча б з неповним навантаженням працювати в приватному секторі	Немає
Частка задокументованих або виконаних перевірок ефективності діяльності в розрахунку на одного медичного працівника	100% (ідеальна ситуація)
<i>Управління людськими ресурсами охорони здоров'я: інституційне середовище (умови праці, навантаження, комунікації, ротація і плинність кадрів)</i>	
Рівень нестачі життєво важливих лікарських препаратів	0% (ідеальна ситуація)
Відсоток приміщень з прийнятними умовами зберігання/складування (наявність полиць, холодильного устаткування, електрики і т.д.)	100% (ідеальна ситуація)
Частка персоналу галузі (зокрема, медичних кадрів), що працює у шкідливих умовах	Немає
Кількість реально відпрацьованих годин у відношенні до встановлених годин (норми) праці (рівень надмірного робочого навантаження)	1 (ідеальна ситуація)
Кількість і частота інспекцій в пунктах надання медичної допомоги та закладах охорони здоров'я (внутрішні комунікації)	1 раз на рік або на регулярній основі
Рівень ротації кадрів (співвідношення кількості вивільнених осіб в рік та середньої кількості осіб на конкретну посаду, або середня тривалість роботи на посаді)	Немає
Рівень плинності кадрів	5-8%
Кількість зборів персоналу закладів охорони здоров'я (робота в команді та партисипативне управління)	1 раз на квартал (як мінімум)

Продовження Дод. Д

1	2
Відсоток участі працівників у зборах	100% (ідеальна ситуація)
Компетентність менеджерів в охороні здоров'я (регулярне пропонування навчальних програм з підвищення кваліфікації керівних кадрів перед вступом менеджерів на посаду чи в процесі їх роботи)	Так (ідеальна ситуація)

* *Примітка:* в Україні на оплату праці припадає понад 60% всіх виділених коштів на охорону здоров'я. Ці кошти, згідно з «Основами», мали б становити 10% від ВВП. Уряд виділяє 3,2-3,6%. За оцінками ВООЗ, якщо питома вага заробітної платні в структурі витрат на охорону здоров'я становить більше 30%, то це свідчить про відсутність відтворення галузі [266].

Джерело: зібрано на основі літературних джерел [130, с. 436-437; 337; 359, с. 144; 360, с. 54-58; 370, с. 8-14; 373, с. 14-77; 354, с. 461-462; 356, с. 870-874; 371, с. 935-940].

Додаток Е
Кадровий потенціал галузі охорони здоров'я Львівської області
(2000–2010 рр.)

Показники	Роки	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Середньооблікова к-сть найманих штатних працівників (осіб), з них:	74412	73212	73221	73387	76706	78108	77784	78329	78203	78007	76646	
к-сть штатних працівників-жінок	54842	58789	58796	57168	60674	62330	62227	63290	63188	62952	61240	
к-сть штатних працівників-чоловіків	19570	14423	14425	16219	16032	15778	15557	15039	15015	15055	15406	
Середньооблікова к-сть працівників в еквіваленті повної зайнятості (осіб)	67921	68157	74367	73702	74851	75636	75546	76314	76255	75289	73942	
К-сть працівників позаоблікового складу, що працювали за тимчасовими договорами (осіб)	1478	1424	1403	1267	1272	1500	1570	1376	1275	1008	934	
К-сть лікарів на 10 000 населення (осіб)	51,9	53,5	53,9	55,0	56,3	56,6	57,9	58,2	56,1	58,4	59,5	
К-сть середнього медичного персоналу на 10 000 населення (осіб)	113,8	116,8	117,4	118,7	120,3	117,6	117,0	119,0	109,5	111,6	112,8	
Частка найманих працівників у віці 15-34 років (%) ¹⁾	20,6	20,6	18,1	17,3	26,9	27,3	27,8	26,9	26,4	25,5	26,3	
Частка найманих працівників передпенсійного (жінок у віці 50-54 років і чоловіків 55-59 років) віку (%) ¹⁾	20,6	9,1	10,7	10,1	10,7	10,6	11,1	11,2	11,9	11,8	12,0	
Частка найманих працівників, які отримують пенсію (%) ¹⁾	17,5	17,8	18,1	18,2	19,2	17,9	20,0	20,8	21,6	22,7	23,6	
Частка найманих працівників з неповною та базовою вищою освітою (%) ¹⁾	39,9	43,9	41,4	41,4	41,5	40,0	39,2	40,1	40,1	40,0	40,5	

Продовження Дод. Е											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Частка найманих працівників з повною вищою освітою (%) ¹⁾	20,2	24,2	22,7	22,3	21,8	21,7	21,9	21,6	22,1	22,4	23,8
К-сть лікарів за окремими спеціальностями (осіб) ²⁾ : терапевти	3577	3529	3466	3514	3522	3384	3294	3174	2550	2533	2539
хірурги	1881	1892	1880	1935	1985	2034	2055	1972	1798	1845	1767
акушери-гінекологи	774	813	807	824	844	866	876	873	783	787	801
педіатри	1162	1122	1086	1079	1079	1037	982	980	891	875	830
офтальмологи	257	248	254	252	263	267	267	269	223	224	233
отоларингологи	217	216	216	217	220	219	225	219	203	204	209
невропатологи	404	410	403	441	448	457	457	466	407	415	425
психіатри і наркологи	354	361	353	366	356	353	353	364	334	337	314
фтизіатри	195	193	194	188	185	184	186	188	180	182	190
дермато-венерологи	212	225	237	251	261	260	250	243	205	204	208
рентгенологи і радіологи	286	281	286	285	284	280	274	288	244	253	257
лікарі з лікувальної фізкультури і спортивної медицини	60	58	55	53	54	53	51	46	25	23	24
лікарі санітарно-епідемічної групи	490	510	465	479	516	502	540	547	525	530	559
стоматологи	2134	2121	2202	2249	2307	2305	2315	2301	1877	1921	1963
сімейні лікарі	130	140	154	178	211	369	414	482	587	681	613
лікарі інших спеціальностей	1590	1685	1782	1767	1832	1799	2101	2272	1916	1940	2253
К-сть зубних лікарів (осіб) ²⁾	205	137	127	118	109	114	102	99	72	61	56

Продовження Дод. Е											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
К-сть провізорів (осіб) ²⁾	1810	1759	1806	1813	1555	1716	1747	1704	...	...	...
К-сть середнього медперсоналу за окремими спеціальностями (осіб) ²⁾ ; фельдшери	2582	2356	2172	2064	2035	2052	2017	1943	1742	1701	1692
акушери	1929	1720	1617	1440	1399	1373	1366	1361	1368	1364	1361
медичні сестри в усіх закладах охорони здоров'я (у т. ч. сімейні медичні сестри)	19923 (120)	20051 (127)	20533 (139)	21091 (260)	21505 (274)	21728 (446)	21986 (505)	22118 (597)	18369 (697)	18428 (787)	18515 (864)
лаборанти, фельдшери-лаборанти	1931	2015	1999	2048	2043	1979	2000	2012	604	590	595
рентгенлаборанти	497	492	488	491	498	507	514	539	296	302	464
інший середній медичний персонал	3680	3790	3609	3482	3434	2446	1956	2259	3090	3096	2854
К-сть фармацевтів (осіб)	910	915	887	936	901	986	981	1014	...	...	...
Частка лікарів з кваліфікаційною категорією (%) ³⁾	65,4	67,8	67,9	68,4	69,6	70,4	68,7	68,9	68,9	69,0	69,2
Частка середнього медичного персоналу з кваліфікаційною категорією (%) ³⁾	38,5	42,3	49,7	51,6	52,6	57,8	58,8	59,6	62,5	65,2	67,5
К-сть аспірантів у галузі медичних наук (осіб)	67	68	66	73	73	73	73	71	69	59	58
Чисельність докторантів у галузі медичних наук (осіб)	0	0	0	0	1	1	1	2	4	4	1
К-сть штатних фахівців, які виконували наукові і науково-технічні роботи у галузі медичних наук (осіб), з них:	155	184	220	224	216	186	207	205	204	210	213
докторів медичних наук	10	10	11	9	10	10	11	12	12	12	13
кандидатів медичних наук	67	68	71	68	66	61	63	64	64	66	68

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
К-сть докторів медичних наук, зайнятих в економіці (осіб)	90	92	94	98	101	102	106	107	110	113	114
Кількість кандидатів медичних наук, зайнятих в економіці (осіб)	546	553	570	581	597	604	624	656	679	654	670
К-сть студентів за напрямом «Медицина» (осіб)	9321	9467	9584	9798	11499	11591	11071	11150	11762	11145	11451
К-сть випускників за напрямом «Медицина» (осіб)	2194	2257	2368	2481	3033	3061	3058	3289	2593	3057	3056
Частка лікарів сільської місцевості (%) ³⁾	15,1	15,6	15,2	15,5	16,8	15,4	15,4	16,0	16,4	15,9	15,9
Частка середнього медичного персоналу сільської місцевості (%) ³⁾	22,9	23,5	22,7	22,6	25,8	25,4	26,0	22,8	25,9	25,9	26,6
Середньомісячна номінальна заробітна плата одного штатного працівника у галузі (грн)	138	183	227	282	340	482	607	786	1056	1184	1479
Частка працівників, охоплених колективними договорами (%) ¹⁾	80,1	81,4	75,9	80,7	79,5	82,3	86,8	92,3	91,2	93,8	97,1

¹⁾ У структурі облікової кількості штатних працівників.

²⁾ Дані за 2008–2010 рр. стосуються виключно розподілу медичних кадрів за спеціальностями у закладах системи МОЗ України. Дані отримані в результаті інформаційного запиту у Головне управління статистики у Львівській обл. (№ 15-07/86 від 20.09.2010 р.) щодо кількості медичних працівників за спеціальностями у Львівській обл., а також на основі статистичного довідника за 2010 рік [296].

³⁾ У загальній кількості відповідної категорії працівників.

Джерело: [290; 150, с. 29; 151, с. 29-30, 135-138; 152, с. 49, 59, 66, 69, 76, 101, 157; 153, с. 42, 59, 61, 64, 66, 74, 118; 154, с. 40, 62, 64, 71, 74, 76, 134; 292, с. 89, 91, 108; 155, с. 44, 67, 72, 81, 85-86, 144; 293, с. 98, 100, 117; 156, с. 49, 63, 67, 163; 294, с. 98, 100, 111; 138, с. 30-31; 122, с. 14, 15, 18, 27-28, 34-36; 157, с. 61, 67, 71, 75, 78, 82, 85, 88, 98, 181; 294, с. 92, 94; 123, с. 4, 18, 27-28, 34, 36; 158, с. 56, 61, 73, 77, 80, 84, 87, 90, 102, 186; 295, с. 106, 109, 127; 124, с. 14, 18, 27-28, 34, 36; 300, с. 402; 104, с. 130; 159, с. 65, 77, 88, 91, 94, 174; 296, с. 107, 110, 128; 125, с. 13, 18, 25-26, 30-31, 34-35; 287, с. 77, 79; 298, с. 239, 249; 54, с. 79, 83-84].

Додаток Ж

Додаток Ж. Безпеченість населення лікарями і середнім медперсоналом

Безпеченість населення лікарями і середнім медичним персоналом у районах і містах обласного значення у Львівській області

Райони і міста обласного значення	Безпеченість лікарями на 10 тисяч населення						Безпеченість середнім медичним персоналом на 10 тисяч населення					
	1990	1995	2000	2005	2010	Приріст* (2010/1990)	1990	1995	2000	2005	2010	Приріст* (2010/1990)
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
Всього по області	49,0	51,8	51,9	56,6	59,5	21,43	104,8	111,2	113,8	117,6	112,8	7,63
Бродівський	26,4	27,1	25,8	26,8	29,9	13,26	80,6	79,0	88,5	90,7	87,8	8,93
Буський	23,4	21,0	21,8	25,5	25,5	8,97	74,3	75,7	79,4	79,6	80,9	8,88
Городоцький	22,8	23,6	27,0	31,0	38,4	68,42	58,6	71,4	80,6	85,9	86,0	46,76
Дрогобицький	11,1	15,8	21,3	23,3	21,6	94,59	38,6	42,8	60,1	76,9	54,4	40,93
Жидачівський	25,5	25,9	24,6	25,3	28,3	10,98	78,2	77,0	78,0	76,6	79,1	1,15
Жовківський	23,2	20,4	20,7	24,4	28,7	23,71	57,4	60,6	61,6	61,8	60,7	5,75
Золочівський	30,3	32,1	28,2	28,3	35,1	15,84	73,6	73,4	79,8	69,4	81,5	10,73
Кам'янка-Бузький	23,4	20,2	21,4	23,8	25,7	9,83	62,7	54,9	57,9	55,9	56,3	-10,21
Миколаївський	26,7	24,6	26,7	23,6	28,5	6,74	93,6	99,3	95,2	80,0	78,8	-15,81
Мостиський	17,3	18,2	19,8	21,4	24,5	41,62	68,3	74,2	72,2	68,6	68,1	-0,29
Перемишлянський	24,3	20,9	20,2	25,1	31,9	31,28	64,7	50,4	52,7	64,7	71,1	9,89
Пустомитівський	19,1	17,3	18,3	19,1	23,2	21,47	41,3	39,7	37,6	39,0	39,2	-5,08

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Радехівський	19,5	18,7	19,5	20,5	24,0	23,08	70,7	77,9	79,9	78,0	70,4	-0,42
Самбірський	13,7	16,1	14,3	13,1	16,8	22,63	50,7	50,0	67,9	49,4	52,1	2,76
Сколівський	21,7	24,3	25,3	26,4	29,0	33,64	77,3	79,7	68,2	68,4	70,4	-8,93
Сокальський	22,1	22,9	20,8	21,4	23,0	4,07	61,7	75,7	68,4	71,0	72,6	17,67
Старосамбірський	18,6	17,0	19,1	20,6	23,7	27,42	75,9	78,8	80,5	83,1	84,7	11,59
Стрийський	23,0	59,4	57,5	30,6	33,6	46,09	65,8	143,8	145,8	76,1	74,6	13,37
Турківський	14,7	14,5	15,5	17,9	21,5	46,26	71,0	62,9	70,0	75,2	79,3	11,69
Яворівський	20,2	18,3	22,1	23,1	27,9	38,12	58,5	61,9	69,0	72,2	70,7	20,85
м. Львів	84,5	99,5	100,1	114,3	118,2	39,88	129,3	160,7	167,8	181,7	177,6	37,35
м. Борислав	41,6	53,4	46,7	47,7	50,7	21,88	109,1	141,4	131,7	132,8	112,5	3,12
м. Дрогобич	52,7	56,1	49,7	48,4	55,6	5,50	125,4	134,6	124,8	105,0	109,1	-13,00
м. Моршин	...	...	...	366,7	343,5	х	...	...	...	981,3	939,1	х
м. Новий Розділ	...	...	...	30,5	37,2	х	...	...	...	99,6	93,1	х
м. Самбір	72,3	71,9	73,4	79,1	80,2	10,93	199,1	193,3	196,8	224,1	212,9	6,93
м. Стрий	55,5	55,6	53,6	58,3	63,3	14,05	121,8	121,8	115,9	121,1	110,4	-9,36
м. Трускавець	58,7	248,3	250,2	297,7	167,0	184,50	188,2	631,1	600,8	753,9	263,3	39,90
м. Червоноград	36,3	36,0	37,4	39,4	43,1	18,73	112,3	108,2	107,4	108,6	102,2	-8,99

* темп приросту значення показника у 2010 році порівняно із значенням відповідного показника у 1990 році, тобто базисний приріст (у %).

Джерело: статистичні дані за 1990–2010 рр. [138, с. 26, 28; 298, с. 240, 242].

Додаток 3
Питома вага лікарів і середнього медичного персоналу, які працюють у сільській місцевості (у розрізі районів Львівської області)

Райони області	Лікарів усіх спеціальностей							Середнього медичного персоналу (СМП)					
	всього, осіб		з них працюють у сільській місцевості		частка лікарів сільської місцевості, %		всього, осіб	з них працюють у сільській місцевості		частка СМП сільської місцевості, %			
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Бродівський	180	175	28	28	15,6	16,0	545	533	186	200	34,1	37,5	
Буський	117	117	10	10	8,5	8,5	376	372	61	60	16,2	16,1	
Городоцький	233	240	29	36	12,4	15,0	531	530	104	103	19,6	19,4	
Дрогобицький	144	144	53	53	36,8	36,8	361	361	177	164	49,0	45,4	
Жидачівський	196	193	8	7	4,1	3,6	535	536	94	95	17,6	17,7	
Жовківський	296	304	39	35	13,2	11,5	660	653	176	171	26,7	26,2	
Золочівський	221	225	20	14	9,0	6,2	536	555	111	110	20,7	19,8	
Кам'янка-Бузький	152	147	18	22	11,8	15,0	323	323	64	71	19,8	22,0	
Миколаївський	147	153	27	32	18,4	20,9	349	343	113	112	32,4	32,7	
Мостиський	127	132	23	21	18,1	15,9	382	391	116	121	30,4	30,9	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Перемишлянський	112	126	12	12	10,7	9,5	291	296	66	67	22,7	22,6
Пустомитівський	231	246	98	100	42,4	40,7	431	440	178	187	41,3	42,5
Радехівський	97	112	15	18	15,5	16,1	340	343	63	103	18,5	30,0
Самбірський	356	350	42	43	11,8	12,3	1006	994	215	217	21,4	21,8
Сколівський	129	129	23	24	17,8	18,6	325	329	98	97	30,2	29,5
Сокальський	210	209	25	23	11,9	11,0	663	659	114	122	17,2	18,5
Старосамбірський	165	168	31	30	18,8	17,9	635	636	206	206	32,4	32,4
Стрийський	202	199	35	37	17,3	18,6	420	427	121	128	28,8	30,0
Турківський	105	107	15	17	14,3	15,9	385	397	154	154	40,0	38,8
Яворівський	296	312	39	39	13,2	12,5	849	844	156	158	18,4	18,7
Всього	3716	3788	590	601	15,9	15,9	9943	9962	2573	2646	25,9	26,6

Джерело: статистичні дані за 2009–2010 рр. [296, с. 140–141].

Додаток К
Кадрове забезпечення закладів загальної практики
(сімейної медицини) у розрізі районів та міст
Львівської області

Назва районів та міст	2009				2010			
	Кількість лікарів сімейної медицини		Кількість медсестер сімейної медицини		Кількість лікарів сімейної медицини		Кількість медсестер сімейної медицини	
	штатні посади	фізичні особи	штатні посади	фізичні особи	штатні посади	фізичні особи	штатні посади	фізичні особи
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Бродівський	16,75	15	26,5	26	18,75	16	33,0	36
Буський	10,25	9	11,0	11	10,25	9	11,0	11
Городоцький	9,25	9	13,5	13	9,5	11	15,5	15
Дрогобицький	20,0	20	21,0	28	21,5	22	23,0	31
Жидачівський	35,0	34	34,5	36	40,5	34	43,25	45
Жовківський	32,25	31	34,0	34	33,25	29	37,0	37
Золочівський	9,0	9	3,5	4	9,0	9	3,5	4
Кам'янка-Бузький	11,0	10	–	–	11,0	8	2,0	2
Миколаївський	18,0	17	14,0	15	18,0	18	18,0	17
Мостиський	5,75	7	5,5	8	5,25	5	3,25	6
Перемишлянський	6,5	6	3,0	3	6,5	6	3,0	3
Пустомитівський	38,0	32	20,0	20	39,25	34	24,0	21
Радехівський	8,0	5	12,5	13	5,5	4	12,75	14
Самбірський	17,25	17	17,5	19	19,0	19	18,25	21
Сколівський	18,75	15	14,5	14	20,5	15	19,0	19
Сокальський	11,5	11	11,5	11	10,5	10	12,5	12
Старосамбірський	25,0	20	25,0	29	26,0	21	25,5	30

Продовження Дод. К

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Стрийський	15,25	11	12,5	12	17,5	14	13,5	13
Турківський	7,25	5	3,0	3	7,0	5	9,5	11
Яворівський	16,75	16	26,0	26	16,75	17	26,0	26
у районах	331,5	299	309,0	325	345,5	306	353,5	374
Львів	329,0	336	429,25	397	359,75	361	458,25	424
Борислав	4,0	4	6,0	6	6,0	5	8,0	8
Дрогобич	10,0	11	16,5	15	10,0	10	16,5	15
Моршин	1,0	1	1,0	1	1,0	1	1,0	1
Новий Розділ	7,0	7	8,5	8	7,0	7	8,5	8
Стрий	7,0	8	7,0	7	7,0	9	7,0	7
Трускавець	8,0	7	15,0	15	9,0	9	15,0	15
Червоноград	7	8	13,0	13	7,0	6	12,0	12
у містах	373,0	382	496,25	462	406,75	408	526,25	490
в області	704,5	681	805,25	787	752,25	714	879,75	864

Джерело: статистичні дані за 2009–2010 рр. [296, с. 158].

Додаток Л
Динаміка руху кадрів і попиту на робочу силу у галузі охорони здоров'я
та надання соціальної допомоги у Львівській області (2000–2010 рр.)

Роки	Показники	Темп приросту, %		2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
		2010/2009	2009/2010											
1				12	13	14								
Рівень прийому найманих працівників (% до середньооблікової кількості штатних працівників)				9,1	7,06	18,18								
Рівень вибуття найманих працівників (% до середньооблікової кількості штатних працівників)				8,8	-12,00	7,32								
у тому числі з причин:														
– плінності кадрів				8,1	-3,57	14,08								
– скорочення кадрів				0,4	-60,00	100,00								
Кількість фактично вивільнених працівників (осіб)				279	-58,61	100,72								
з них особи, які займали:														
– робочі місяці				130	-60,61	120,34								
– посади службовців				119	-52,59	120,37								
– місяці, які не потребують професійної підготовки				30	-67,74	15,38								
із загальної к-сті вивільнених осіб:				238	-58,89	96,69								
– жінки														

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
– молодь у віці до 35 років	85	40	19	77	12	16	337	12	60	26	88	3,53	238,46
Працевлаштовано незайнятих трудовою діяльністю громадян (осіб)	1361	1599	1886	1858	1855	1868	2218	2153	2306	1651	1763	29,54	6,78
з них влаштовано на:													
– робочі місця	542	665	862	788	784	826	791	969	1042	777	859	58,49	10,55
– посади службовців	542	608	703	795	790	753	1121	876	938	650	687	26,75	5,69
– місця, які не потребують професійної підготовки	277	326	321	275	281	289	306	308	326	224	217	-21,66	-3,13
із заг. к-сті працевлаштованих осіб:													
– жінки	961	1111	1321	1288	1248	1272	1518	1488	1158	1014	1090	13,42	7,50
– молодь у віці до 35 років	652	692	696	727	673	1004	1229	1176	1268	903	989	51,69	9,52
Попит на роботу силу (осіб)	80	150	238	289	262	244	199	177	131	58	58	-27,50	0,00
з них потреба у кадрах на заміщення:													
– робочих місць	18	18	66	69	37	47	49	51	43	19	20	11,11	5,26
– посад службовців	60	130	167	206	220	185	124	111	79	34	35	-41,67	2,94
– місць, які не потребують професійної підготовки	2	2	5	14	5	12	26	15	9	5	3	50,00	-40,00

Джерело: зібрано на основі [43, с. 74-76; 44, с. 74-76; 45, с. 76-77, 79; 65, с. 70; 150, с. 11-13, 94; 151, с. 13-15, 100; 152, с. 25-27, 57; 153, с. 25-27, 48; 154, с. 23-25, 46; 155, с. 23-25, 50; 156, с. 79; 158, с. 92-93; 159, с. 44-47, 86-87; 287, с. 81-83; 298, с. 244-245; 290].

**Єдина тарифна сітка
розрядів і коефіцієнтів з оплати праці
працівників установ, закладів та організацій
окремих галузей бюджетної сфери**

*(витяг з Додатку 1 до постанови Кабінету Міністрів України
від 30 серпня 2002 р. № 1298 зі змінами згідно з Постановами КМУ
№ 1117 від 20.12.2008 р., № 337 від 12.05.2010 р., № 518 від 30.06.2010 р.,
№ 863 від 22.09.2010 р., № 1056 від 17.11.2010 р.)*

Тарифні розряди	Тарифні коефіцієнти, що запроваджуються					Розмір тарифної ставки* (III етап)
	I етап з 1.09. 2005 р.	II етап	III етап	Ланцюговий темп приросту*		
				абсол.	відн., %	
1	2	3	4	5	6	7
1	1,00	1,00	1,00	x	x	600
2	1,03	1,06	1,09	0,09	9,00	654
3	1,06	1,12	1,18	0,09	8,26	708
4	1,09	1,18	1,27	0,09	7,63	762
5	1,12	1,24	1,36	0,09	7,09	816
6	1,15	1,30	1,45	0,09	6,62	870
7	1,18	1,37	1,54	0,09	6,21	924
8	1,22	1,47	1,64	0,10	6,49	984
9	1,31	1,57	1,73	0,09	5,49	1038
10	1,40	1,66	1,82	0,09	5,20	1092
11	1,50	1,78	1,97	0,15	8,24	1182
12	1,61	1,92	2,12	0,15	7,61	1272
13	1,72	2,07	2,27	0,15	7,08	1362
14	1,84	2,21	2,42	0,15	6,61	1452
15	1,97	2,35	2,58	0,16	6,61	1548
16	2,11	2,50	2,79	0,21	8,14	1674

Продовження Дод. М, табл. М.1

1	2	3	4	5	6	7
17	2,26	2,66	3,00	0,21	7,53	1800
18	2,37	2,83	3,21	0,21	7,00	1926
19	2,49	3,01	3,42	0,21	6,54	2052
20	2,61	3,25	3,64	0,22	6,43	2184
21	2,74	3,41	3,85	0,21	5,77	2310
22	2,88	3,50	4,06	0,21	5,45	2436
23	3,02	3,71	4,27	0,21	5,17	2562
24	3,17	3,80	4,36	0,09	2,11	2616
25	3,35	3,93	4,51	0,15	3,44	2706

* розраховано на основі тарифних коефіцієнтів, запроваджених на III-му етапі, виходячи з розміру посадового окладу (тарифної ставки) працівника 1 тарифного розряду у 2010 році.

Таблиця М.2

**Схема тарифних розрядів
посад керівних, наукових, науково-педагогічних,
педагогічних працівників, професіоналів, фахівців та інших
працівників бюджетних установ, закладів та організацій**

*(витяг з Додатку 2 до постанови Кабінету Міністрів України
від 30 серпня 2002 р. № 1298 із змінами згідно з Постановами КМУ
№ 1970 від 25.12.2002 р., № 988 від 01.10.2005 р.)*

Посада	Діапазон розрядів за ЄТС
1	2
III. Охорона здоров'я, соціальний захист населення	
Керівні працівники	
Керівники (головний лікар, директор, начальник, завідувач) закладів охорони здоров'я, установ соціального захисту населення, баз та складів спеціального медичного постачання	12-18
Директор (начальник) будинку відпочинку, пансіонату, бази, профілакторію	9-13
Завідувач аптечного закладу	10-13

Продовження Дод. М, табл. М.2

1	2
Завідувачі відділень: соціальної допомоги вдома, соціально-побутової та медико-соціальної реабілітації, стаціонарного проживання, грошової та натуральної допомоги тощо; територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян	11-15
Завідувач аптеки лікувально-профілактичного закладу, головна медична сестра	9-12
Завідувачі відділів з основної діяльності аптечних закладів	8-12
Начальник планово-економічного відділу; головні фахівці закладів охорони здоров'я, установ соціального захисту населення, аптечних установ	8-12
Начальники (завідувачі) відділів, служб та інших підрозділів; завідувач аптечного пункту (кіоску)	7-11
Професіонали та фахівці	
Лікар-хірург і лікар-ендоскопіст, який здійснює оперативне втручання; лікар-анестезіолог, лікар загальної практики – сімейний лікар	10-14
Лікарі інших спеціальностей, провізор, лікар-інтерн, провізор-інтерн, лікар-стажист	9-13
Фахівці із соціальної роботи (із соціальної допомоги вдома)	9-12
Професіонали та фахівці, зайняті на роботах з рентгенівською, радіологічною, радіаційною, радіометричною, дозиметричною, радіохімічною, лазерною, плазмовою, компресійною, вакуумною, електронною, телеметричною, ультразвуковою апаратурою, приладами, обладнанням, препаратами	6-11
Соціальний працівник	8-10
Фахівці з базовою вищою та неповною вищою медичною і фармацевтичною освітою	6-10
Інші працівники	
Молодший медичний персонал, допоміжний персонал аптечних закладів, продавець оптики, дезінфектор	3-4
Соціальний робітник	6

Додаток Н
Соціально-демографічний портрет
потенційного вітчизняного емігранта -
працівника охорони здоров'я регіону (якісний аналіз)

Дані	Характеристика
Стать	Жінка
Вік	36–45 років
Кількість дітей	1
Освіта	Середня спеціальна
Посада	Медична сестра
Місце праці	Заклад амбулаторно-поліклінічного типу державної форми власності ¹⁾
Матеріальний стан сім'ї	Вистачає на харчування та придбання лише необхідних недорогих речей
Причина можливої еміграції	Низький рівень заробітної плати, необхідність оплачувати навчання дітей ²⁾
Країна(и) призначення потенційного емігранта	Швидше країни далекого зарубіжжя ³⁾
Частка осіб, які би погодились виїхати за кордон	41,76%

¹⁾ Приватні заклади охорони здоров'я не були включені в соціологічне дослідження, оскільки умови праці та рівень заробітної плати у таких закладах є значно кращими порівняно з державними і комунальними.

²⁾ Зазначені дві причини обрала однакова кількість респондентів – потенційних емігрантів.

³⁾ За межами СНД та держав-сусідів України, що не входять до Співдружності.

Примітка: соціологічне опитування (анкетування) було проведене з метою якісного аналізу зовнішньої міграції робочої сили у вітчизняній медичній галузі. Обстеження виконувалося з липня по жовтень 2009 року. В опитуванні взяв участь 91 медичний працівник (лікарі та середній медперсонал) 5-ти закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності м. Львова та області (Дорожня поліклініка, Клінічна лікарня Львівської залізниці, 5-та міська комунальна поліклініка, Клінічна міська комунальна лікарня швидкої медичної допомоги, Стрийська центральна районна лікарня).

Додаток П
Динаміка і структура основних показників оцінки, мотивації, контролю
та розвитку кадрів у галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги
у Львівському регіоні (2000–2010 рр.)

Роки Показники		У Львівському регіоні (2000 – 2010 рр.)											
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Темп приросту, (2010/2000), %
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Підсистеми оцінювання та розвитку людських ресурсів													
Частка лікарів, котрі пройшли атестацію (%), з них мають категорію (% до загальної кількості): – вищу		65,4	67,8	67,9	68,4	69,6	70,4	68,7	68,9	68,9	69,0	69,2	5,81
– першу		41,6	...	...	...	43,0	46,0	48,9	52,3	54,8	56,1	57,5	81,39
– другу		26,7	...	...	...	20,5	19,3	18,1	16,7	15,3	15,5	15,0	–43,82
Частка середнього медичного персоналу, котрий пройшов атестацію (%), з них мають категорію (% до загальної кількості): – вищу		38,5	42,3	49,7	51,6	52,6	57,8	58,8	59,6	62,5	65,2	67,5	75,32
– першу		50,5	...	...	...	57,1	60,0	63,4	65,4	66,5	67,4	69,3	37,23
– другу		39,1	...	...	...	30,7	28,1	25,4	23,6	23,0	22,4	21,1	–46,04
		10,4	...	...	...	12,2	11,9	11,2	11,0	10,5	10,2	9,6	–7,69

Продовження Дод. П

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Кількість осіб, навчених новим професіям (осіб).	71	296	173	26	225	109	56	157	42	25	59	-16,90
у тому числі (% до загальної кількості):	...	...	68,2	46,2	26,2	28,6	32,1	8,3	9,5	20,0	23,7	x
- безпосередньо на виробництві	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
- у навч. закладах різних типів	...	...	31,8	53,8	73,8	71,4	67,9	91,7	90,5	80,0	76,3	x
у тому числі (% до загальної кількості):	...	...	65,3	30,8	10,2	5,5	10,7	6,4	7,1	0,0	0,0	x
- первинна підготовка	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
- перепідготовка	...	...	37,4	69,2	89,8	94,5	89,3	93,6	92,9	100,0	100,0	x
Кількість осіб, які підвищили кваліфікацію (осіб),	5928	6823	9240	6274	6777	7873	6834	7636	6497	7782	8097	36,59
у тому числі (% до загальної кількості):	10,9	9,5	9,2	4,1	2,2	3,1	3,5	3,9	1,8	1,5	1,1	-89,91
- безпосередньо на виробництві	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
- у навчальних закладах різних типів	89,1	90,5	90,8	95,9	97,8	96,9	96,5	96,1	98,2	98,5	98,9	11,00
у тому числі (% до загальної кількості):	...	...	2,5	3,2	3,2	2,3	3,0	3,2	2,9	2,5	2,1	x
- керівники	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
- професіонали та фахівці	96,8	95,3	96,1	95,5	96,0	95,7	92,7	91,2	94,4	95,1	96,6	-0,21
- технічні службовці	...	...	0,7	0,1	0,5	0,6	3,3	3,9	0,6	0,2	0,5	x
- робітники	...	...	0,7	1,2	0,3	1,4	1,0	1,7	2,1	2,2	0,8	x
Кількість осіб, котрі навчались за кордоном (осіб)	8	10	16	3	6	10	11	17	2	2	4	-50,00

Продовження Дод. П

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Підсистема мотивації персоналу												
Обсяг витрат бюджету області на галузь охорони здоров'я (тис. грн).	202316	244637	292635	347657	429250	567590	751909	983807	1309193	1480420	1791165	785,33
зокрема:	77	93	113	134	167	221	294	386	516	584	708	819,48
- на одного мешканця (грн)	18,6	22,4	22,7	21,5	16,6	21,9	20,3	19,0	18,1	19,7	20,9	12,37
- частка до загальної суми витрат (%)	3,5	3,3	3,4	3,3	3,1	3,3	3,3	3,5	3,7	4,1	4,3	22,86
Частка ВРП області, що скеровується на потреби галузі (%)	2517,3	2172,9	11641,5	2917,5	3383,9	5026,9	8518,4	8380,4	11195,5	11926,1	12814,2	409,05
Обсяг витрат на дослідження та розробки у галузі (тис. грн).	...	...	...	2240,9	2651,5	4087,5	7966,2	7683,1	9452,4	9491,6	10999,5	x
з них за рахунок:	...	...	...	329,4	377,3	454,7	...	...	670,8	659,9	499,3	x
- державного бюджету	...	...	...	343,2	342,6	474,7	544,1	623,5	1060,1	975,1	1307,8	x
- власних коштів	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
- коштів замовників	138	183	227	282	340	482	607	786	1056	1184	1479	971,74
Середньомісячна номінальна зарплата штатного працівника галузі охорони здоров'я (грн)	70,41	67,28	66,96	67,30	65,01	67,60	65,76	66,44	67,26	71,03	76,20	8,22
зокрема (%):	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
- відношення до середньої зарплати в області	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Продовження Дод. П

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
- економічно неактивними підприємствами	...	...	...	...	15,8	30,9	74,6	91,5	19,6	4,3	57,5	x
Кількість працівників, охоплених колективними договорами (% до облікової кількості штатного персоналу)	80,1	81,4	75,9	80,7	79,5	82,3	86,8	92,3	91,2	93,8	97,1	21,22
Підсистема контролю якості кадрового потенціалу і використання робочого часу												
Фонд робочого часу (явки і неявки) одного штатного працівника (год.)	1914	1924	1948	1942	1873	1853	1846	1861	1880	1873	1867	-2,46
з них частка (%):												
- відпрацьованого часу	85,8	87,7	86,9	88,0	88,7	87,9	87,7	87,8	87,6	86,7	87,1	1,52
- неязвок з поважних причин	10,6	10,3	11,3	10,5	10,3	11,2	11,6	11,6	11,8	11,7	11,8	11,32
- втрат робочого часу	3,6	2,0	1,8	1,5	1,0	0,9	0,7	0,6	0,6	1,6	1,1	-69,44
Втрати робочого часу у розрахунку на одного штатного працівника (год.)	68	39	36	28	19	17	13	11	12	29	21	-69,12
з них частка неявок (%):												
- з дозволу адміністрації	49,6	38,5	34,5	35,0	34,6	43,9	53,0	57,5	52,9	39,2	17,6	-64,52
- у зв'язку з відпустками	19,1	10,4	9,6	5,4	1,1	2,4	4,9	5,3	9,4	3,7	9,5	-50,26
- з ініціативи адміністрації												
- у зв'язку з переведенням на неповний робочий день (тиждень)	29,4	46,2	54,2	58,4	62,3	43,5	33,7	28,3	27,9	55,2	71,4	142,86
з інших причин	1,9	4,9	1,7	1,2	2,0	10,2	8,4	8,9	9,8	1,9	1,5	-21,05

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Кількість штатних працівників, які знаходилися у щорічних відпустках (% до середньооблікової кількості штатного персоналу)	84,8	90,4	89,5	89,4	86,8	90,1	90,8	90,4	90,8	91,2	94,1	10,97
Середня тривалість відпустки штатного працівника (год.)	169	178	187	168	168	175	175	175	175	172	173	2,37
Кількість штатних працівників, які були відсутні через хворобу (% до середньооблікової кількості штатного персоналу)	40,6	41,0	43,2	47,2	40,3	43,0	42,6	43,4	43,5	43,1	38,9	-4,19
Середня тривалість відсутності штатного працівника через хворобу (год.)	103	102	106	103	104	101	104	103	114	115	99	-3,88

Джерело: зібрано на основі [290; 150, с. 11–13, 94; 151, с. 13–15, 100; 152, с. 25–27, 57; 153, с. 25–27, 48; 154, с. 23–25, 46; 155, с. 23–25, 50; 156, с. 79; 158, с. 92–93; 159, с. 96–97; 298, с. 244–245; 43, с. 74–76; 44, с. 74–76; 45, с. 76–77, 79; 287, с. 81–83; 65, с. 70].

Додаток Р Зразок опитування

(вивчення думки керівників та інших працівників закладів охорони здоров'я стосовно якісного кадрового забезпечення галузі та схильності до трудової міграції)

Одним із шляхів оцінки рівня та якості кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я регіону, на нашу думку, може стати періодичне проведення експертних обстежень. З їх допомогою можна визначити і певною мірою кількісно оцінити тенденції зміни попиту на медичні кадри у розрізі окремих професійних груп та освітньо-професійних напрямів підготовки. Такі прогнози дозволять ефективніше використовувати бюджетні кошти на підготовку потрібних фахівців для найменш забезпечених сфер надання медичних послуг.

1. Як зміниться зайнятість у Вашому закладі (установі) у найближчі 3–5 років?

- А. Зросте
В. Зменшиться
С. Залишиться на тому ж рівні
D. Важко відповісти

2. Якщо у Вашій організації планується збільшення працівників, то за рахунок якої професійної групи?

- А. Лікарі загальної практики (сімейні лікарі) _____
В. Лікарі конкретної спеціалізації: _____
(вказіть спеціальності)
С. Середній медичний персонал: _____
(вказіть спеціальності)
D. Молодший медичний персонал: _____
(вказіть який саме)
Е. Інший персонал: _____
(вказіть який саме)

3. Реальна чисельність яких фахівців не відповідає кадровій комплектації згідно із штатним розписом (нормативом)? Вкажіть на скільки осіб.

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Професійна група | Більше
на _____ осіб | Менше
на _____ осіб |
| А. Лікарі загальної практики | _____ | _____ |

Додатки

В. Лікарі конкретної спеціалізації:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(вказіть спеціальності)

С. Середній медичний персонал:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(вказіть спеціальності)

Д. Молодий медичний персонал:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

(вказіть який саме)

Е. Інший персонал: _____

(вказіть який саме)

4. Дефіцит яких кваліфікованих кадрів на даний час Ви найбільше відчуваєте у своїй організації:

- А. Дефіцит фахівців із середньою спеціальною освітою (вказіть, які саме посади і освітні спеціальності): _____
- В. Дефіцит фахівців з вищою освітою (вказіть, які саме посади і освітні спеціальності): _____
- С. Дефіцит інших працівників (вказіть, яких саме): _____

5. Які найпоширеніші недоліки у професійному рівні персоналу Вашого закладу?

- А. Недостатній рівень практичної підготовки у середньому спеціальному навчальному закладі
- В. Недостатній рівень практичної підготовки у вищому навчальному закладі
- С. Недостатній досвід роботи
- Д. Недостатня мотивація праці персоналу
- Е. Невдоволеність перспективами професійного росту
- Ф. Інші недоліки:

6. Яких знань найбільше бракує Вашим молодим працівникам – випускникам навчальних закладів? Вкажіть яких конкретно.

- А. Професійних (за спеціальністю): _____
- В. У галузі медичного менеджменту: _____

Додаток Р. Зразок опитування

С. У галузі медичного права: _____

Д. В іншій галузі: _____

7. Прорангуйте кадрове забезпечення Вашої організації за віковою категорією працівників (1 місце – найчисельніша категорія, ..., 5 – найменш чисельна):

<input type="checkbox"/> до 30 років	<input type="checkbox"/> 30–40 років	<input type="checkbox"/> 41–50 років
<input type="checkbox"/> 51–60 років	<input type="checkbox"/> більше 60 років	

8. Чи допускаєте Ви можливість еміграції в пошуку кращих можливостей працевлаштування?

- А. Так, маю такі наміри в найближчій перспективі
- В. Лише за наявності реальної пропозиції з кращими умовами праці і гідною заробітною платою
- С. Не допускаю такої можливості
- Д. Важко відповісти

Дані про респондента:

Вік: _____ Стать: _____ Посада: _____

Дані про організацію:

Тип закладу:

А. Лікарняний В. Амбулаторно-поліклінічний С. Інший: _____

Форма власності:

А. Державна В. Приватна С. Інша: _____

Підпорядкування:

А. Міністерству охорони здоров'я В. Міністерству внутрішніх справ
С. Міністерству транспорту Д. Академії медичних наук
Е. Іншій установі: _____

Н а у к о в е в и д а н н я

Левицька Ольга Олександрівна

**КАДРОВА ПОЛІТИКА
у системі охорони здоров'я регіону:
напрямки формування та реалізації**

Монографія

За науковою редакцією
доктора економічних наук,
професора *С. Й. Вовканича*

Технічний редактор *Тетяна Світик*

*Розповсюдження та копіювання
без офіційного дозволу видавництва заборонено.
За зміст та достовірність фактичного матеріалу
відповідальність несе автор.*

Підписано до друку 05.11.2012 р. Формат 60х84/16.
Папір офсетн. Гарнітура Cambria. Друк на ризографі.
Ум.-друк. арк. 18,60. Умовн. фарбовідб. 19,15.
Обл.-вид. арк. 18,43. Наклад 300 прим. Зам. № 06-11-077.

Видавництво «Ліга-Прес»

Друк ПП «Арал»
79026, м. Львів, вул. Козельницька, 4,
тел./факс: (032) 298-03-80