

не право на отримання соціальної допомоги громадяни мають не тільки для того, щоб скористатися ним, але і для того, щоб через надання соціальної допомоги реінтегруватися у спільноту людей і, через надання роботи, через залучення до праці, через відновлення працездатності стати від неї незалежним. При цьому, в системі соціальної допомоги Німеччини діє принцип індивідуального підходу до кожного випадку її надання [5].

Як вже було відзначено, Німеччина починала соціально-економічну реформу на економічному і соціальному попелищі. Їй довелося соціально облаштувати мільйони біженців, тих, хто повертався з фронту і політичних в'язнів, їй довелося піклуватися про членів сімей загиблих.

Таким чином, довелося наново створювати систему праці й соціального забезпечення, яка згодом стала міцним фундаментом сучасної економічно розвиненої країни, де держава допомагає бідним, але не малозабезпеченим, а хворим, літнім і малолітнім, якщо у них немає інших джерел існування. Все це органічно впливає на в загальну концепцію соціального ринкового господарства, відповідно до якої розвинена економіка є основою соціального захисту населення.

Соціалізована ринкова економіка входить органічною частиною в загальний устрій Німеччини і значною мірою відповідає ідеї структурного устрою цієї держави, сприяючи реалізації вимог вільного розкриття особи, вимоги соціальної безпеки, соціальної справедливості, соціальної захищеності й соціального миру. Все це, на наш погляд, продемонструвала понад 50-річна економічна і соціальна історія тепер уже об'єднаної Німеччини.

Думається, що робити з аналізу розвитку цих реформ інший висновок – означало б проявити короткозорість відносно історії, відносно реального досягнення в стислі терміни економічних і соціальних успіхів у Німеччині.

В Україні формується система соціального страхування континентального типу, перш за все за зразком ФРН. Соціальне страхування здійснюють недержавні некомерційні організації, які керуються соціальними партнерами. Звичайно, неможливо перенести систему соціального захисту розвинених країн на правове поле України. Але, безумовно, позитивний досвід слід використовувати, вибудовуючи власну систему.

#### Література.

1. Ганслі Теренс М. Соціальна політика та соціальне забезпечення за ринкової економіки / Ганслі Теренс М. – К.: Либідь, 1996. – 210 с.
2. Городня О. Система соціального захисту у Бельгії / О. Городня // Охорона праці. – 2002. – № 1. – С. 45–46.
3. Опришко В. Ф. Право Європейського Союзу / В. Ф. Опришко, А. В. Омельченко, А. С. Фастовець. – К.: КНЕУ, 2002. – 460 с.
4. Павлова Н. Пенсионная реформа в Латвии / Н. Павлова // Социальное обеспечение. – 2001. – № 4. – С. 14–18.
5. Павленко М. Світовий досвід функціонування систем соціального страхування. Уроки для України / М. Павленко // Україна: аспекти праці. – 2002. – № 6. – С. 30–36.
6. Пол де Нойер. Система соціального забезпечення в Нідерландах / Пол де Нойер // Соціальна політика і соціальна робота. – 1999. – № 2. – С. 28–38.
7. Тарасов П. С. Социальная защита населения: проблемы и опыт / П. С. Тарасов. – Астрахань: АГУ, 2005 – 280 с.

8. Френкель Э. Б. Трудовое и социальное право зарубежных стран: основные институты / Э. Френкель. – М.: Логос, 2002. – 627 с.

9. Эрхард Л. Благосостояние для всех: пер. с нем / Л. Эрхард. – М.: Начала – Пресс, 1991. – 435 с.

10. Яценко В. В епіцентрі пенсійної реформи – Латвія, Угорщина, Польща / В. Яценко, М. Вінер // Україна: аспекти праці. – 2000. – № 3. – С. 35–39.

11. Яценко В. В епіцентрі пенсійної реформи – Латвія, Угорщина, Польща / В. Яценко, М. Вінер // Україна: аспекти праці. – 2000. – № 4. – С. 36–44.

УДК 351.77:614.08:341.16:614В003

*Сергій Линник*

## РЕАЛІЗАЦІЯ В УКРАЇНІ СТРАТЕГІЇ ВООЗ ЩОДО РОЗВИТКУ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*У статті європейський вибір України розглядається у контексті «Стратегії розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я» Європейського регіонального комітету ВООЗ. Висвітлено проблеми кадрового забезпечення вітчизняної медичної галузі та запропоновано шляхи їх вирішення. Проведено оцінку стану кадрового забезпечення медичної галузі в Україні. Обґрунтовано практико-орієнтовані пропозиції щодо забезпечення розвитку кадрового потенціалу вітчизняної медичної галузі.*

**Ключові слова:** стратегія, ВООЗ, медичні кадри, лікар, працівник середньої ланки, міграція.

Щорічний дефіцит укомплектування медичними кадрами у сфері охорони здоров'я має тенденцію до зростання. Проблеми використання наявного кадрового потенціалу, забезпечення медичних працівників необхідним обладнанням, втілення механізмів охорони праці, належне фінансування галузі роблять розробку документації, узгодженої з європейською кадровою політикою, актуальним завданням охорони здоров'я в Україні.

Медичні кадри є головною і досить вагомою складовою системи охорони здоров'я і в кінцевому підсумку забезпечують результативну та ефективну діяльність як галузі в цілому, так і окремих її суб'єктів і структур. Місце і роль кадрового потенціалу охорони здоров'я тісно пов'язані із загальними процесами у динаміці й структурі зайнятості в народному господарстві України в цілому. Організація та управління кадровою складовою медичної галузі набуває відповідного значення у вирішенні проблем кадрової політики в Україні [1; 2].

Фундаментальною працею у сфері стратегічного планування розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я слід визнати труд проф. Г. Перфільєвої «Оценка финансирования, образования, управления и политического контекста для стратегического планирования кадровых ресурсов здравоохранения» [3]. Статистичні дані, наведені у цій праці, дещо відхиляються від даних

документу Європейського регіонального комітету про стратегію розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я [4]. Але згадана автор наводить більш цікаві, з нашої точки зору, показники, які характеризують ситуацію із забезпечення населення різними категоріями медичних працівників у розрізі європейських країн та у порівнянні з Україною. Відповідно до її даних, галузь охорони здоров'я в Україні за показниками забезпеченості населення медичними кадрами наближається до середньоєвропейського рівня.

Реформування галузі в сучасних умовах потребує посилення комплексного підходу до вирішення і формування напрямків оптимізації кадрового забезпечення охорони здоров'я, особливо на довгострокову перспективу. З метою його реалізації на загальнодержавному рівні розроблено і затверджено завдання з реформування кадрового потенціалу держави (постанова Кабінету Міністрів України від 08.08.2000 р. № 953 «Наукова програма дослідження розвитку державної служби та вдосконалення кадрового забезпечення державного управління»).

Не зважаючи на зусилля, яких докладають вчені та держава до проблеми оптимізації кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я, залишаються невирішеними питання результативності застосування міжнародних стратегій щодо кадрової політики саме в умовах фінансової кризи.

Мета роботи – оцінити стан виконання в Україні стратегії ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Європейський регіональний комітет ВООЗ розробив низку документів, які рекомендовані усім державам-членам та країнам, які мають намір приєднатися до цієї організації. Документи визначають вимоги до країн щодо розвитку кадрових ресурсів систем охорони здоров'я країн Європейського регіону ВООЗ. На 59-ій сесії Європейський регіональний комітет ВООЗ у своїх резолюціях визначив рівний доступ населення до медичних працівників як ключовий фактор у реалізації права людини на охорону здоров'я, що є важливим чинником оцінки ефективності національної системи охорони здоров'я. Основна увага при цьому повинна приділятися посиленню національного потенціалу держав для забезпечення стабільного розвитку кадрового потенціалу в цілому та відповідальності держав-членів по відношенню до міжнародного найму медико-санітарного персоналу на етичних засадах [4].

Наявність висококваліфікованих медичних кадрів має важливе значення для економіки у цілому. У Європі вони становлять біля 10 % загальної кількості працюючих, а в Україні – 4,5 % (розрахункові дані) [5].

Частка витрат бюджетів, які пов'язані з персоналом і наймом на роботу, у ЄС становить біля 70 % консолідованого бюджету охорони здоров'я, в Україні – 72,4 % [6].

В Європі динаміка розвитку міжнародного і внутрішнього ринку робочої сили у галузі охорони здоров'я характеризується зростанням частки приватних партнерств, деяким припливом іноземних інвестицій, наявністю так званого медичного туризму та зростанням мобільності пацієнтів [4]. При цьому виникає поняття вільного руху капіталу, товарів і послуг, що у сучасних умовах вимагає вирішення специфічних завдань. По-перше, необхідно визначити оптимальне співвідношення працівників охорони здоров'я різного профілю, рівня кваліфікації тощо. Першочерговим завданням є визначення оптимального співвідношення лікарів і сестринського персоналу, який здатний виконувати част-

ку роботи лікаря, що в цілому сприятиме підвищенню ефективності використання наявного медичного персоналу. Показник співвідношення чисельності лікарів до чисельності середнього медичного персоналу (СМП) у закладах охорони здоров'я в Україні, як у цілому в галузі (усі форми відомчого підпорядкування та власності), так і за закладами системи МОЗ України, у довготривалій динаміці не перевищує 1:2,5 і має тенденцію до зниження. Моніторинг цього показника, який проводиться протягом кількох років в Українському інституті стратегічних досліджень МОЗ України на виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002–2011 рр.» (розділ XXXIII. «Підготовка медичних кадрів»), показав наступне. Наявна нормативно-правова документація щодо функціональних обов'язків лікарів, які передаються СМП, має характер фрагментарних документів, що не вирішує проблеми; задеклароване у зазначеній програмі оптимальне співвідношення «лікар – медичний працівник середньої ланки» методологічно не визначене та не має методичного забезпечення відповідних розрахунків. У регіонах практично не визначились з обсягами та напрямками вирішення завдання.

Динаміка показників забезпеченості населення України медичними працівниками формувала від'ємні темпи змін у співвідношенні чисельності лікарів до чисельності СМП: у 2002 р. це співвідношення було 1:2,39; у 2005 р. – 1:2,23, у 2011 р. – 1:2,15.

В процесі здійснення нами України моніторингу за виконанням Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002–2011 рр.» не надходило конкретних пропозицій від регіональних управлінь охорони здоров'я щодо удосконалення функціональних обов'язків медичних працівників. Плани щодо розвитку кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я розроблені тільки у Житомирській (стосовно анестезіологічної служби, реанімації, медицини невідкладних станів, функціональної діагностики, лабораторної діагностики, сімейної медицини) та у Полтавській областях – передача частини обов'язків лікарів СМП зазначена у функціональних обов'язках лікарів загальної практики – сімейної медицини, лікарів терапевтичної, ендокринологічної, нефрологічної служб. А також це стосується електрокардіографічних обстежень, катетеризації, оцінки лабораторних обстежень, призначення лікування неускладнених захворювань, ведення документації, видачі лікарняних листків тощо.

Регіональними управліннями охорони здоров'я обласних державних адміністрацій розроблено пакети документів з перерозподілу функціональних обов'язків лікарів до ланки СМП. Передачу деяких функціональних обов'язків лікарів СМП проведено згідно з чинним наказом МОЗ України від 01.09.1999 р. №216-АДМ «Про передачу деяких функцій лікарів молодшим медичним спеціалістам», а саме:

- ведення школи матері та здорової дитини при жіночій консультації та дитячій поліклініці;
- завідування відділенням хворих, які потребують сестринського догляду (хоспіс);
- призначення первинних обов'язкових обстежень для всіх хворих залежно від діагностичних стандартів з відповідними відмітками;
- видача листків про тимчасову непрацездатність до 3-х діб під час епідемічного стану;
- завідування операційним блоком (для медсестер-бакалаврів).

В Україні склалася ситуація, коли реалізація п. 7 Стратегії ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів у

сфері охорони здоров'я, що стосується досягнення збалансованого розподілу медичних кадрів у сфері забезпечення рівного доступу до медичної допомоги, як у міських поселеннях, так і сільській місцевості, – має певні труднощі. Ситуація дещо змінюється на краще, але кардинальне вирішення проблеми відкладається на наступні роки. В Європі географічний дисбаланс щодо розподілу медичних кадрів віднесено на друге місце у переліку стратегічних завдань кадрової політики. Рівень забезпеченості лікарями в Україні в динаміці наведений у таблиці [5].

Природне вибуття медичних працівників, вихід їх на пенсію, міграція робітників за кордон та усередині держави є такими чинниками, які формують потребу в медичних кадрах і таким чином впливають на розробку пропозицій і планування перспективних обсягів підготовки і розподілу медичних кадрів як між закладами охорони здоров'я, так і за географічними ознаками. Тому забезпечення стійкості кадрів у закладах охорони здоров'я є нагальним завданням керівників галузі. У стратегії ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я, у Декларації держав Групи G8,

Таблиця 1

Динаміка рівнів забезпеченості лікарями населення України  
(за даними Центру медичної статистики МОЗ України, на 10 тис. населення)

Рік	Забезпеченість лікарями закладів охорони здоров'я – усі лікарі (без зубних), усе населення країни (міські поселення і сільська місцевість)	Забезпеченість лікарями сільського населення сільських адміністративних районів
1996	40,6	25,01
2005	41,65	25,40
2011	43,14	26,77

Дуже важливим кроком щодо реалізації стратегії ВООЗ з розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я є визначення проблем, зумовлених міжнародною та внутрішньою міграцією лікарських кадрів. Особливо це стосується лікарів та менеджерів вищої кваліфікації.

За даними профспілки медпрацівників України, щорічно залишають нашу країну 6 тис. лікарів. На разі українській науці достовірно не відомо, скільки медичних кадрів втрачає країна – у дослідженнях лікарів й програмісти об'єднані у групі «інші» [7]. Усі дослідники з цього питання роблять однакові висновки щодо причин такого становища – це низький рівень оплати праці українських лікарів, якій, за даними Держкомстату України, становив 294 долари на місяць, тоді як у білоруських колег вона сягає \$300, у російських – \$800, у литовських – \$700–800, у польських – \$1500 на місяць [7].

У США за рейтингом «Форбс» перші 9 місць найбільш високооплачуваних професій займають лікарі. Хірург і анестезіолог у США заробляє \$16–17 тис. на місяць, найнижчі заробітні плати – у сімейних лікарів, педіатрів і терапевтів – \$14,5–15,9 тис. Висококласні спеціалісти отримують заробітну плату до \$43 тис. (хірурги-ортопеди); урологи – до \$33 тис. на місяць [8].

Наступною проблемою в забезпеченні реалізації стратегії ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я є швидкі темпи постаріння населення і медичних кадрів. За період 1995–2000 рр. чисельність лікарів у країнах ЄС у віці 45 років і старше зросла на понад 50 %, більше половини медсестер мають вік понад 45 років [4]. В Україні порівняних даних у такому розрізі немає, але питома вага лікарів пенсійного віку збільшилася за 2005–2011 рр. на 4,1 % [5], а їх абсолютна чисельність становила 49,3 тис. осіб. Динаміку працівників середньої ланки старшого віку оцінити не вдалося за браком статистичних даних. Але їх чисельність досить значна: у 2011 р. чисельність працівників середньої ланки пенсійного віку сягала 67,8 тис. осіб. Вплив такого чинника необхідно передбачати у стратегії розвитку кадрового потенціалу галузі. Постаріння населення в Україні є серйозною проблемою, тому що тягне за собою прискорені темпи захворюваності і, відповідно, потребує зростання чисельності персоналу, якій надає медичну допомогу. За даними матеріалів Держкомстату про всеукраїнський перепис населення за 1990 р., населення віком понад 45 років становило 36,4%, а у 2004 р. – 40,8 % чисельності усього постійного населення.

яка має назву «Відповідальність керівництва у інтересах забезпечення стійкого розвитку», визначені шляхи вирішення цих завдань. По-перше, зміцнення усієї системи охорони здоров'я за рахунок покращання умов праці медичного персоналу, особливо первинної ланки. По-друге, удосконалення системи фінансування охорони здоров'я з включенням у цю сферу системи соціального захисту найбільш уразливих груп.

Поточна фінансова криза, природно, спричиняє вплив на розвиток кадрових ресурсів галузі охорони здоров'я. Такий негативний результат теж необхідно передбачити у програмах розвитку медичної галузі. Виходом із ситуації може стати розвиток міжнародних зв'язків у напрямку договірних відносин з іншими державами щодо надання населенню медичної допомоги. Це пов'язано з проблемами регулювання навантаження на медичних працівників. Як показали наші дослідження, для покращення ситуації з укомплектованістю кадрами можна використати наявні ресурси з підвищенням навантаження деяких категорій спеціалістів галузі: за рахунок перерозподілу функціональних обов'язків між лікарями і СМП, підвищення ефективності використання робочого часу та перерозподілу обсягів медичної допомоги між первинною, вторинною та третинною видами медичної допомоги. Не слід ігнорувати технічне сприяння Регіонального бюро ВОЗ у Європейському регіоні у проблемах міграції медичних працівників. Пороговий показник ВООЗ із забезпечення населення медичними кадрами визначено на рівні 2,3 робітника на 1000 чол. населення. В Україні, за даними Центру медичної статистики МОЗ, у 2011 р. на кожного жителя припадало 13,6 працівника системи МОЗ України.

Проведене нами дослідження дає можливість стверджувати, що прискорення розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я можна досягти шляхом прийняття в Україні концепції розвитку кадрового потенціалу в сфері охорони здоров'я. Така концепція була розроблена робочою групою МОЗ України і затверджена відповідним наказом тільки у частині реформування медичної освіти [9]. В рамках виконання науково-дослідної роботи «Наукові засади кадрової політики в охороні здоров'я в Україні» фахівцями Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України був розроблений проект концепції кадрової політики для закладів охорони здоров'я системи МОЗ України. Однак внаслідок дії ряду суб'єк-

тивних факторів робота не отримала розгляду на певному рівні управління і не набрала чинності як документ, котрий повинен визначати напрями розвитку кадрового потенціалу медичної галузі на довгостроковий період.

Дослідженням встановлено, що кадрова політика у сфері охорони здоров'я населення України ще не повною мірою відповідає вимогам стратегії ВООЗ щодо розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я. Відсутня концепція кадрової політики медичної галузі, яка необхідна в подальшому для прогнозування і планування потреби у кадрових ресурсах та, відповідно, обсягах і напрямках розвитку кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я України.

Постійний дефіцит медичних кадрів, важливість кадрової складової ресурсів галузі, яка визначає використання й інших видів ресурсів, є особливістю вітчизняної медичної галузі.

За показниками забезпеченості населення медичними кадрами Україна відповідає середньоєвропейському рівню. Однак за питомою вагою чисельності медичних кадрів серед працюючих вона суттєво відстає від Європи.

Найвні недоліки у розподілі медичних працівників між кваліфікаційними групами і у географічному розподілі. Співвідношення чисельності медичних працівників середньої ланки до чисельності лікарів тривалий час знаходиться в межах 1:2,39÷1:2,15. Цей показник є важливим для ефективності використання кадрових ресурсів в цілому, тому що частина обсягу роботи лікаря перекладається на медичну сестру і, таким чином, оптимізується використання наявних кадрів у цілому.

Залишається проблемою забезпечення медичними кадрами сільської ланки системи охорони здоров'я. Випускники медичних вузів, які направляються на роботу, швидко мігрують у міські поселення через відсутність належних умов побуту та праці, рівня заробітної плати, фактичного оснащення обладнанням і медичними препаратами, транспортом і зв'язком сільських закладів охорони здоров'я.

Рівень заробітної плати є основним чинником міграції медичних кадрів за кордон. Водночас цей фактор має бути стимулом закріплення працівників у галузі та протистояння внутрішній міграції (перехід у інші галузі народного господарства).

Постаріння населення і медичних кадрів є проблемою для України і для Європейського регіону загалом. Але це природне явище, яке не має важеля управління. Можна тільки передбачати своєчасну заміну осіб похилого віку, які збираються на пенсію, та планувати відповідні обсяги підготовки кадрів.

Перспективи подальших досліджень у зазначеному напрямку. Слід організувати подальші наукові дослідження у таких напрямках:

- обґрунтування оптимального співвідношення між чисельністю лікарів і працівників середньої ланки;
- обґрунтування обсягів навантаження лікарів основних спеціальностей і, особливо, лікарів загальної практики – сімейних лікарів;
- розробка наукової концепції розвитку кадрового потенціалу медичної галузі України;
- робота з укладання договорів на медичне обслуговування населення України за кордоном.

#### Література.

1. Гайдаєв Ю. О. Наукові засади кадрової політики в охороні здоров'я України: потреба регіонів у медичних кадрах / Ю. О. Гайдаєв, М. В. Банчук, Г. О. Слабкий / за ред. Ю. О. Гайдаєва; – К., 2007. – 128 с.

2. Пономаренко В. М. Забезпечення населення України медичними кадрами / В. М. Пономаренко, Г. М. Москалець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 77–84.

3. Перфильева Г. Оценка финансирования, образования, управления и политического контекста для стратегического планирования кадровых ресурсов здравоохранения / [Электронный ресурс] / Г. Перфильева. – Режим доступа : [http://www.eu-shc.com.ua/.../4/.../1Perfilieva\\_Kiev\\_March\\_2008\\_Rus.pdf](http://www.eu-shc.com.ua/.../4/.../1Perfilieva_Kiev_March_2008_Rus.pdf). – Название с экрана.

4. RC59 Стратегии развития каровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ / [Электронный документ]. – Режим доступа : [http://www.Euro.who.int/\\_Data/Assets/Pdf\\_File/0003](http://www.Euro.who.int/_Data/Assets/Pdf_File/0003)). – Название с экрана.

5. Розвиток кадрових ресурсів охорони здоров'я України : [монографія] / Г. О. Слабкий, І. І. Волинкін, М. В. Голубчиков [та ін.]. – Тернопіль : ТДМУ, 2011. – 72 с.

6. Світова федерація українських лікарських товариств – СФУЛТ / [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://WFUM.Asfult.org/analiz-stanu> Аналіз стану захисту прав та інтересів медичних працівників 2008 © WFUMA. All Rights Reserved. Html. – Назва з екрана.

7. Інтернет-сайт профспілки медичних працівників України: <http://www.focus.ua/society/183885>.

8. Какие зарплаты у врачей в России, Украине и в мире / [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.ru.exrus.eu>EXRUS.eu>. – Название с экрана.

9. Концепція реформування системи підготовки лікарів в Україні і приведення її в відповідність до потреб ринку праці та європейських вимог // Ваше здоров'я. – 2005. – 10–16 червня. – С. 7–10.

УДК 35.076:004.738.5

*Валерій Логвінов,*

*Наталія Костенюк, Марія Мазуркевич*

### НАДАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ДЕРЖАВНИХ ПОСЛУГ НА ОСНОВІ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ АДМІНІСТРАТИВНО- УПРАВЛІНСЬКИХ ПРОЦЕСІВ

*Досліджено методичні аспекти регламентації адміністративно-управлінських процесів у контексті формування системи електронних державних послуг. Розглянуто організаційно-методичні підходи розробки адміністративних регламентів державних послуг з використанням процесного підходу.*

**Ключові слова:** адміністративний регламент, адміністративно-управлінський процес, електронна державна послуга, орган державної влади, послуга, процесний підхід, регламентація.

Переорієнтація діяльності органів державної влади на задоволення потреб громадян України передбачає розвиток сфери послуг, складовою частиною якої

© Логвінов В.Г., Костенюк Н.І., Мазуркевич М.В., 2013.