

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ОСВІТНІЙ СТУПІНЬ «МАГІСТР»

**тема: ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ
КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Виконав: студент заочної форми навчання
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва напрямку підготовки, спеціальності)

Чубун Олена Сергіївна

Керівник

Харченко Тетяна Олександрівна
д.н.держ.упр., доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

Рецензент

Нагорна Ксенія Олександрівна
Лікар загальної практики – сімейний лікар
КНП «Центр первинної медико-санітарної
допомоги №1» СМР

Суми - 2024 р.

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет	Економіки і менеджменту
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Освітній ступінь	«Магістр»
Спеціальність	<u>281 «Публічне управління та адміністрування»</u> <u>ОП «Публічне управління та адміністрування»</u>

Затверджую:
Завідувач кафедри к.е.н., доцент А.М. Бричко
«___» «___» 2024___ р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА

Чубун Олена Сергіївна

1. Тема роботи: Державне регулювання кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги

2. База практичного дослідження: Управління охорони здоров'я Сумської ОВА
керівник роботи Харченко Т.О., д.н.держ.упр., доцент кафедри публічного управління та адміністрування

затверджена наказом по університету від «___» _____ 2024 р. № _____-н

3. Строк подання студентом закінченого проєкту (роботи) «___» _____ 2024 р.

4. Вихідні дані до проєкту (роботи):

навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації, фінансово-економічна звітність лікувального закладу за 2021-2023 роки

5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

- визначення організаційно-правових засад державного регулювання кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги;
- формування загальної характеристики організації системи ЕМД в сфері реалізації кадрової політики ;
- проведення оцінки стану кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги в Сумській області;
- формування аналізу якості надання екстреної медичної допомоги в Сумській області;
- визначення напрямів державного регулювання підвищення кваліфікації кадрового складу системи екстреної медичної допомоги;
- розробка інструментів оцінки якості роботи медичних працівників як складової державного регулювання кадрового забезпечення ;
- обґрунтування впровадження інструментів кадрової логістики в систему екстреної медичної допомоги.

6. Дата видачі завдання: «___» _____ 20___ р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту(роботи)	Строк виконання етапів проєкту	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач дипломної роботи, складання плану	<i>Вересень-Грудень 2023</i>	<i>Виконано</i>
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	<i>Січень - Березень 2024</i>	<i>Виконано</i>
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу дипломної роботи	<i>Квітень - Травень 2024</i>	<i>Виконано</i>
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	<i>Червень -Липень 2024</i>	<i>Виконано</i>
5	Оформлення теоретичної частини дипломної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	<i>Липень 2024</i>	<i>Виконано</i>
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	<i>Серпень 2024</i>	<i>Виконано</i>
7	Завершення проєктної частини дипломної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	<i>Вересень 2024</i>	<i>Виконано</i>
8	Оновлення даних та доопрацювання аналітичного і проєктного розділів дипломної роботи	<i>Жовтень 2024</i>	<i>Виконано</i>
9	Оформлення дипломної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	<i>Листопад 2024</i>	<i>Виконано</i>
10	Перевірка дипломного проєкту на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедрі, до відділу якості освіти)	<i>3 грудня-2024</i>	<i>Виконано</i>
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	<i>09 грудня 2024</i>	<i>Виконано</i>
12	Захист дипломної роботи	<i>19 грудня 2024</i>	<i>Виконано</i>

Студент

_____ (підпис)

О.С. Чубун

Керівник роботи

_____ (підпис)

Т.О. Харченко

Перевірку на автентичність проведено

_____ (підпис)

Н.М. Баранік

Кваліфікаційна робота допущена до

захисту

_____ (підпис)

С.М. Лукаш

АНОТАЦІЯ

Чубун О.С. Державне регулювання кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги.

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2024 р. – Рукопис.

В першому розділі кваліфікаційної роботи визначено, що досягнення результативності управління кадрами системи екстреної медичної допомоги на національному рівні можливе за умови ефективної діяльності працівників галузі й, відповідно, в цілому системи охорони здоров'я. Саме тому стратегічні орієнтири розвитку кадрового забезпечення системи ЕМД мають відповідати діючим потребам сфери охорони здоров'я. Зокрема, питання кадрового забезпечення галузі потребує якісного опрацювання для забезпечення результативності впровадження змін.

В другому розділі дослідження підтверджено, що найбільш укомплектованою категорію працівників системи ЕМД Сумської області в 2023 р. є молодші медичні працівники на рівні 92,2%. Потреба в працівниках даної категорії в аналізованому періоді складала 7,8%. Виходячи з показника укомплектованості лікарями, який складав 75,0% в 2023 р., питання щодо їх забезпечення є проблемним для досліджуваної інституції. Не вирішеним залишається й питання щодо укомплектованості водіями, потреба в яких в 2023 р. збільшилась і склала 14,9%. Аналіз кількісних показників свідчить про те, що станом на 31.12.2023 р. в системі ЕМД Сумської області працювало 91 лікар та 589 фельдшерів, що в порівнянні з показниками 2021 р. свідчить про зростання кількості лікарів на 7 осіб, а фельдшерів на 9 особи. Окреслена динаміка визначає в 2023 р. значну розбіжність між кількістю виїздів лікарів, яка склала 18463 од. та кількістю виїздів фельдшерів, яка склала 96172 од. При цьому кількість виїздів лікарів збільшилась в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 0,9%.

В третьому розділі кваліфікаційної роботи обґрунтовано, що основним недоліком чинної системи підвищення кваліфікації лікарів є оцінка кваліфікації, яка дає змогу займатися медичною практикою навіть недосвідченим фахівцям; низьке бажання підвищувати кваліфікацію лікаря; не має належного механізму реагування у разі його невідповідального ставлення. Нова модель замінить існуючий цикл атестації: замість атестації буде створена система професійних ліцензій для лікарів, яка включатиме портфоліо освіти спеціаліста та історію його медичної практики. Безперервний професійний розвиток включає особисту участь фахівця в різноманітних формальних і неформальних програмах і заходах. Неформальна освіта системи ЕМД – це розвиток власних знань та вдосконалення навичок відповідно до освітньої програми, що може призвести до присвоєння освітньої кваліфікації, визнаної урядом на освітньому рівні, але дозволить набути академічні та напіваакадемічні навички.

Ключові слова: державне регулювання, кадрове забезпечення, неформальна освіта.

SUMMARY

Chubun O.S. State regulation of personnel provision of the emergency medical care system.

Qualification work on specialty 281 "Public Management and Administration", SNAU, Sumy-2024 - Manuscript.

The first section of the qualification work determines that achieving the effectiveness of human resource management in the emergency medical care system at the national level is possible only if the employees of the industry and, accordingly, the healthcare system as a whole are effective. That is why the strategic guidelines for the development of human resource management in the EMD system must meet the current needs of the healthcare sector. In particular, the issue of human resource management in the industry requires high-quality work to ensure the effectiveness of the implementation of changes.

The second section of the study confirms that the most staffed category of employees in the EMD system of Sumy region in 2023 is junior medical workers at the level of 92.2%. The need for employees of this category in the analyzed period was 7.8%. Based on the indicator of staffing with doctors, which was 75.0% in 2023, the issue of their provision is problematic for the institution under study. The issue of staffing with drivers, the need for which increased in 2023 and amounted to 14.9%, also remains unresolved. The analysis of quantitative indicators shows that as of 12/31/2023, 91 doctors and 589 paramedics worked in the EMD system of Sumy region, which, compared to the indicators of 2021, indicates an increase in the number of doctors by 7 people and paramedics by 9 people. The outlined dynamics determine in 2023 a significant discrepancy between the number of doctor visits, which amounted to 18,463 units, and the number of paramedic visits, which amounted to 96,172 units. At the same time, the number of doctor visits increased in 2023 compared to 2021 by 0.9%.

The third section of the qualification work substantiates that the main drawback of the current system of advanced training of doctors is the assessment of qualifications, which allows even inexperienced specialists to engage in medical practice; low desire to improve the qualifications of a doctor; does not have an appropriate response mechanism in case of his irresponsible attitude. The new model will replace the existing certification cycle: instead of certification, a system of professional licenses for doctors will be created, which will include a specialist's education portfolio and the history of his medical practice. Continuous professional development includes the personal participation of a specialist in various formal and informal programs and events. Informal education of the EMD system is the development of one's own knowledge and improvement of skills in accordance with the educational program, which can lead to the assignment of an educational qualification recognized by the government at the educational level, but will allow the acquisition of academic and semi-academic skills.

Keywords: state regulation, human resources, informal education.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	11
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	21
2.1 Загальна характеристика організації системи ЕМД в сфері реалізації кадрової політики	21
2.2 Оцінка стану кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги в Сумській області.....	29
2.3 Аналіз якості надання екстреної медичної допомоги в Сумській області.....	35
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	45
3.1 Напрями державного регулювання підвищення кваліфікації кадрового складу системи екстреної медичної допомоги.....	45
3.2 Розробка інструментів оцінки якості роботи медичних працівників як складова державного регулювання кадрового забезпечення	50
3.3 Впровадження інструментів кадрової логістики в систему екстреної медичної допомоги.....	58
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	74

ВСТУП

Актуальність теми. Пріоритети державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД визначають ключові напрямки формування політики розвитку кадрового потенціалу системи ЕМД, за допомогою якого досягаються цілі та завдання стратегічного управління персоналом. З урахуванням поточних структурних змін державне регулювання досліджуваної галузі демонструє чотири рівні управління, які включають органи влади на державному, регіональному та місцевому рівнях, а також лікувальні заклади. Сформований концепт щодо розвитку системи ЕМД, в якості орієнтиру визначає пацієнто-орієнтований розвиток, за якого громадяни усвідомлять свою відповідальність за охорону здоров'я, є споживачами медичних послуг, а отже й платниками послуг. Тому більше управлінських представників та влади мають знайти можливість вирішувати нові проблеми, що зрештою є природною частиною реформування політики залучення громадськості в розбудову сфери охорони здоров'я.

Особливим рівнем управління державним кадровим потенціалом є керівний склад системи ЕМД, а саме лікарі, їх представники. Стан розвитку кадрового процесу в сучасних медичних центрах, що визначає процес формування та реалізації кадрової політики в галузі охорони здоров'я, її структуру та організації, характеризується тенденцією до проблем, що вимагають впливу ефективного управління відповідно до концепції сектору охорони здоров'я, кадрові процеси в медичних закладах та управління фактичною медичною практикою.

Особливий рівень управління щодо формування кадрового потенціалу системи ЕМД - це працівники лікувальних закладів відповідного профілю. Оскільки медичні працівники є основним джерелом реалізації медичних послуг на всіх рівнях, основні елементи порядку діяльності працівників державного управління створюються саме в цьому напрямку. Якість та ефективність системи охорони здоров'я значною мірою залежить від робочої сили. Дані аспекти визначають необхідність розробки єдиних правил щодо кадрового забезпечення

галузі на національному рівні, котрі будуть виступати основою для розробки локальних правил та враховувати досягнуті результати реформування системи ЕМД. Окремим аспектом, котрий потребує додаткової регламентації в сфері державного регулювання ЕМД є підготовка кадрів та проведення оцінки якості надання послуг. Також необхідним є запровадження єдиного механізму стратегічного планування системи реагування на надзвичайні ситуації до складу якого увійдуть плани національного рівня, регіонального рівня та рівня медичного закладу, котрі будуть узгоджені між собою та забезпечать формування бази даних щодо спроможності лікувальних закладів в системі ЕМД.

Метою кваліфікаційної роботи є проведення оцінки результативності державного регулювання кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я та обґрунтування напрямів її удосконалення. Відповідно до визначеної в кваліфікаційній роботі мети дослідження визначено наступні **завдання**:

- визначити організаційно-правові засади державного регулювання кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги;
- сформувати загальну характеристику організації системи ЕМД в сфері реалізації кадрової політики ;
- провести оцінку стану кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги в Сумській області;
- сформувати аналіз якості надання екстреної медичної допомоги в Сумській області;
- визначити напрями державного регулювання підвищення кваліфікації кадрового складу системи екстреної медичної допомоги;
- розробити інструменти оцінки якості роботи медичних працівників як складової державного регулювання кадрового забезпечення ;
- обґрунтувати впровадження інструментів кадрової логістики в систему екстреної медичної допомоги.

Об'єктом дослідження є управління охорони здоров'я Сумської ОВА.

Предметом дослідження є теоретичні положення, методологічні засади та практичні аспекти проведення оцінки результативності державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД.

Теоретичні і методологічні засади кваліфікаційного дослідження були сформовані на основі положень, категорій і концепцій державного регулювання. Важливе значення мали закони і нормативно-правові акти, які є регуляторами державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД. Для аналізу та оцінки явищ щодо удосконалення державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД було використано аналіз і синтез, загальнонаукові методи і методи соціально-економічних досліджень, зокрема, абстрактно-логічний, статистико-аналітичні методи тощо.

Інформаційною базою дослідження стали нормативно-правові акти, які регламентують державне регулювання розвитку сфери охорони здоров'я, нормативні акти Кабінету Міністрів України, монографії, аналітичні дослідження та наукові статті вітчизняних та зарубіжних вчених, Internet-ресурси, матеріали дискусій на наукових конференціях, дані соціологічних досліджень та експертних оцінок, аналітичні розробки та довідки, особистості спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів роботи полягає в обґрунтуванні інструментів оцінки якості роботи медичних працівників як складової державного регулювання кадрового забезпечення.

Практична значущість одержаних результатів роботи виражене в тому, що автором надано оцінку стану реалізації державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД, обґрунтовано інструментів оцінки якості роботи медичних працівників як складової державного регулювання кадрового забезпечення та визначено можливості впровадження інструментів кадрової логістики в систему екстреної медичної допомоги. Окреслені інструменти мають практичну цінність та актуальність для удосконалення державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД.

Основні положення і результати наукових досліджень пройшли апробацію на двох міжнародних науково-практичних конференціях:

1. Чубун О.С., Харченко Т.О. Особливості державної політики щодо кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги. *Перспективи розвитку науки, освіти, технологій і суспільства в Україні та світі*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Полтава, 7 березня 2024 р.): у 2 ч. Полтава: ЦФЕНД, 2024. Ч. 2. С. 38-40.

2. Чубун О.С., Харченко Т.О. Підходи до оцінки кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги. *Сталий розвиток, цифровізація та економічна безпека: майбутнє світової економіки та права*. Міжнародна науково-практична конференція. 2024. Кропивницький. С. 103-105.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатку. Основний зміст роботи викладено на 65 сторінках комп'ютерного тексту. Список використаних джерел нараховує 31 найменування. Робота містить 21 таблицю, 17 рисунків, додаток.

РОЗДІЛ 1

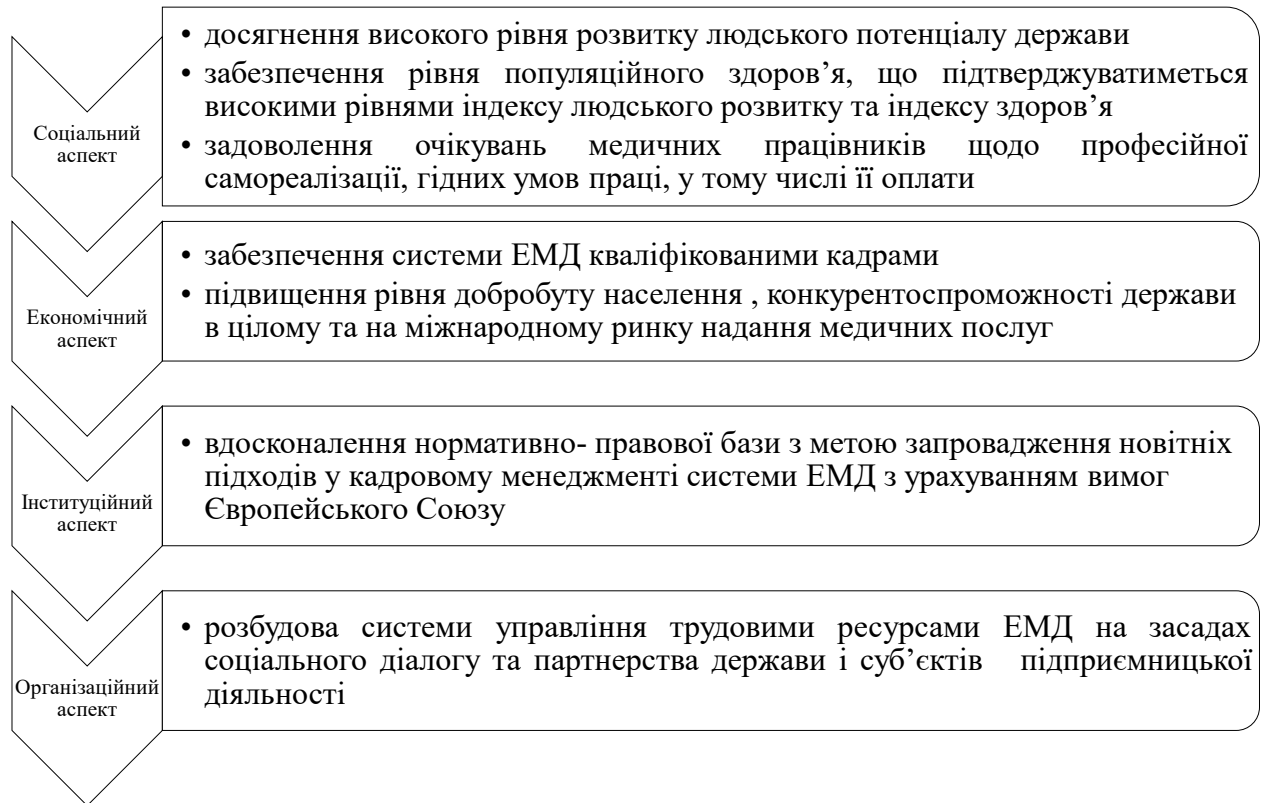
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Досягнення результативності управління кадрами системи екстреної медичної допомоги на національному рівні можливе за умови ефективної діяльності працівників галузі й, відповідно, в цілому системи охорони здоров'я. Саме тому стратегічні орієнтири розвитку кадрового забезпечення системи ЕМД мають відповідати діючим потребам сфери охорони здоров'я. Зокрема, питання кадрового забезпечення галузі потребує якісного опрацювання для забезпечення результативності впровадження змін.

Серед науковців існує низка течій щодо визначення цілей державної політики реалізація яких дозволить сформувати належний кадровий потенціал в галузі охорони здоров'я. Досліджуючи дане питання В.В. Короленко, Т.П. Юрочко зазначають, що головна мета державної політики щодо забезпечення кадрами галузі охорони здоров'я має імплементуватись через низку заходів орієнтованих на забезпечення галузі забезпечення високого професійним, кваліфікованим, активним та уважним медичним персоналом лікувальних закладів всіх рівнів та типів, здатних надавати якісні медичні послуги, забезпечувати проведення заходів з профілактики, здійснювати діагностики та здійснювати лікування населення у відповідності до клінічних протоколів [1].

Т. П. Авраменко, розглядаючи питання щодо формування мети державної політики, наголошує на важливості удосконалення кваліфікації працівників з орієнтацію на підвищення ефективності їх діяльності, що у підсумку забезпечить й поліпшення роботи сфери охорони здоров'я [2]. В.І. Борш зазначив, що основна мета повинна лежати в площині забезпечення повної збалансованості процесу реформування та підтримання чисельності та якості працівників лікувальних закладів, що відповідає діючим вимогам нормативно-правової регламентації та ринку медичних послуг [3, с. 76]. Підсумовуючи, визначено, що основною метою

державного регулювання забезпечення системи ЕМД є розробка стратегії та визначення стратегічних орієнтирів професійного розвитку людського потенціалу галузі, як складової формування системи надання якісних медичних послуг населенню (рисуюнок 1.1).



Рисуюнок 1.1 – Стратегічні орієнтири розвитку державного регулювання забезпечення системи ЕМД

Джерело: згруповано автором за даними [4]

Виходячи з наведеного, базисом для розробки кадрової політики системи ЕМД повинен стати концептуальний документ в якому буде сформовано стратегічні орієнтири розвитку досліджуваної сфери, операційні цілі та практичні завдання, орієнтовані на розвиток кадрового потенціалу галузі. В частині розробки пріоритетних напрямів важливим є досягнення їх практичної реалізації, що передбачає розробку порядку впровадження та офіційного закріплення в правовому полі. Концепція політики розвитку системи ЕМД має враховувати потреби населення в охороні здоров'я та вирішити головні проблеми щодо кадрового забезпечення галузі, таких як: незабезпеченість лікарями;

регіональний дисбаланс щодо розподілу кадрів системи ЕМД, через їх імміграцію та низьку якість управління людськими ресурсами.

На рисунку 1.2 наведено стратегічні цілі, сформовані в Концепції, котра забезпечить в правовому полі якісні пріоритети державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД.

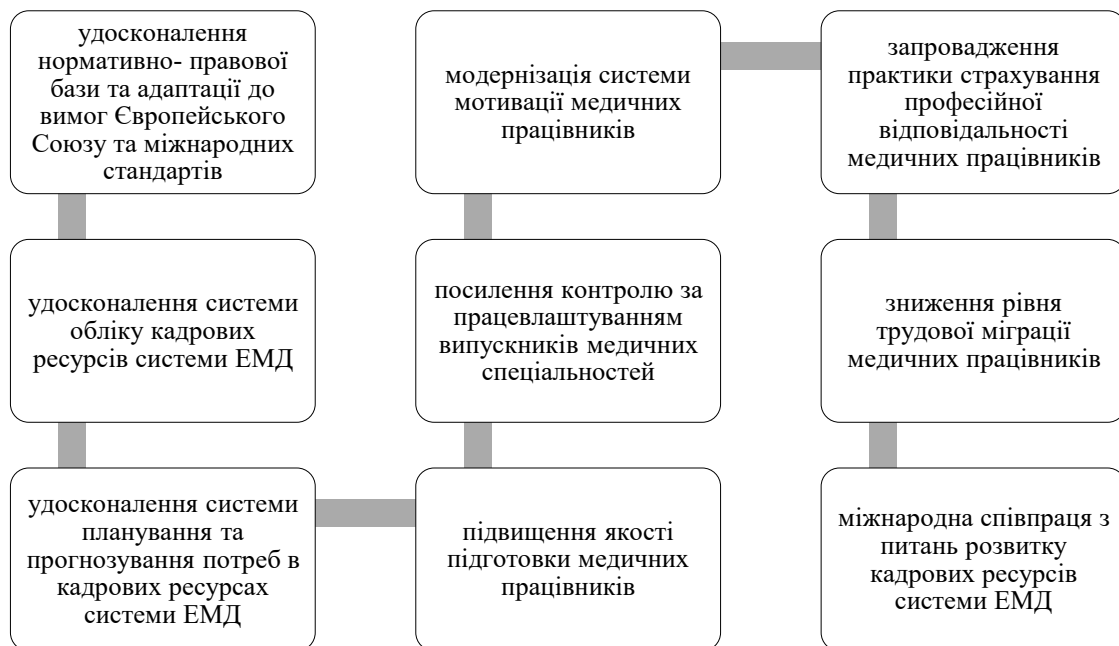


Рисунок 1.2 - Пріоритети державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД

Джерело: [5]

Пріоритети державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД визначають ключові напрямки формування політики розвитку кадрового потенціалу системи ЕМД, за допомогою якого досягаються цілі та завдання стратегічного управління персоналом. З урахуванням поточних структурних змін державне регулювання досліджуваної галузі демонструє чотири рівні управління (рисунок 1.3), які включають органи влади на державному, регіональному та місцевому рівнях, а також лікувальні заклади. Сформований концепт щодо розвитку системи ЕМД, в якості орієнтиру визначає пацієнто-орієнтований розвиток, за якого громадяни усвідомлять свою відповідальність за охорону здоров'я, є споживачами медичних послуг, а отже й платниками послуг.

Тому більше управлінських представників та влади мають знайти можливість вирішувати нові проблеми, що зрештою є природною частиною реформування політики залучення громадськості в розбудову сфери охорони здоров'я.

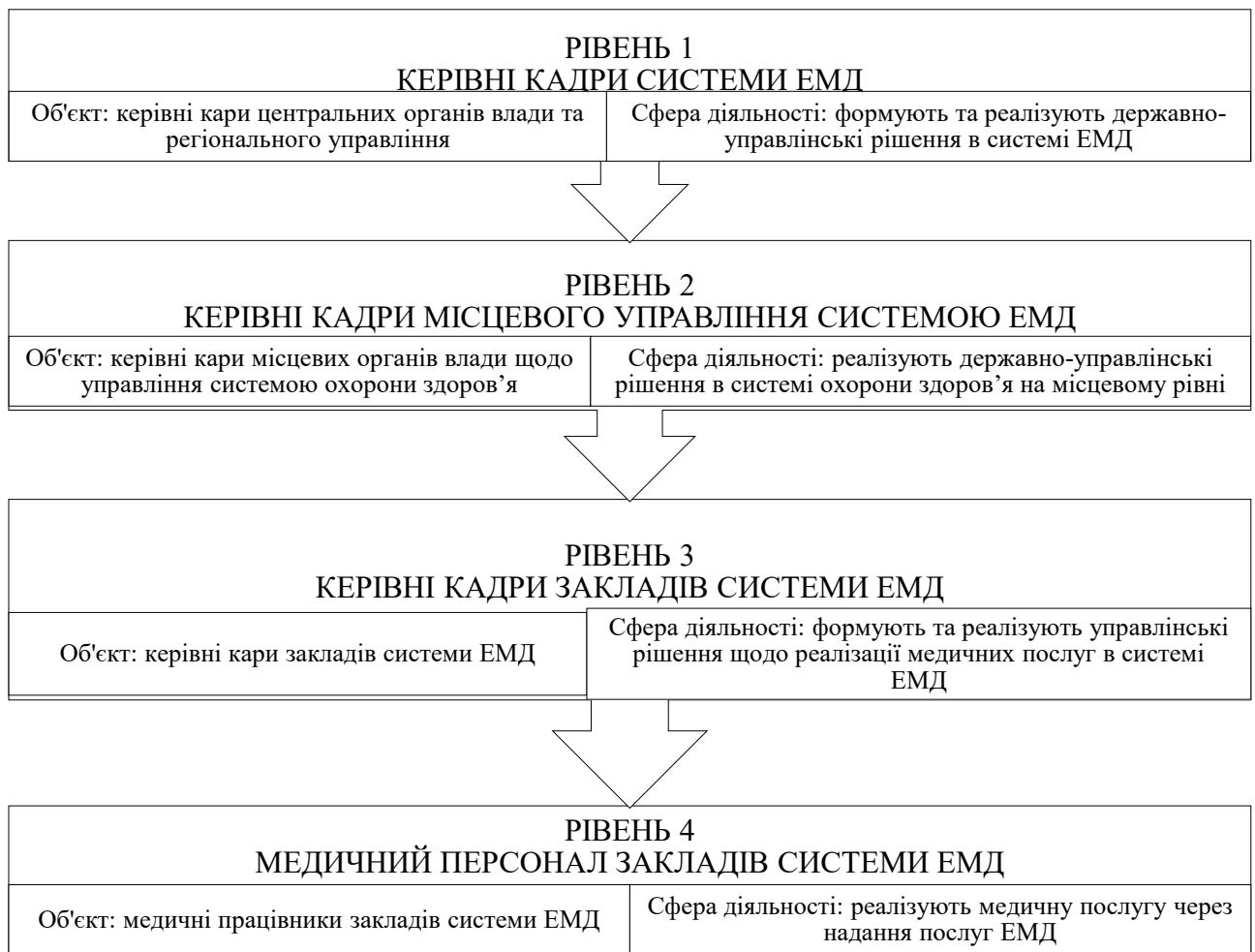


Рисунок 1.3 – Рівні управління державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД

Джерело: [6; 7; 8]

Виходячи з даних наведених на рисунку 1.3, найвищим рівнем державного управління в сфері кадрового забезпечення системи ЕМД є керівні кадри, які включають:

- 1) працівники центрального органу виконавчої влади;
 - 2) керівники обласних управлінь або департаментів охорони здоров'я.
- Власне, конкретний рівень реалізації кадрової процедури визначає основних осіб, які формують та реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я.

Продовжуючи огляд, зауважимо, що на рівні органів місцевого самоврядування визначається кадрова спроможність, формуються вимоги до кадрової структури та її продуктивності. Цей рівень особливо важливий з точки зору децентралізації та впровадження політики охорони здоров'я на місцевому рівні. Тому на фоні децентралізації на національному рівні та реформи первинної медичної допомоги важливо створити орган для виконання рішень уряду на місцях [8; 9].

Особливим рівнем управління державним кадровим потенціалом є керівний склад системи ЕМД, а саме лікарі, їх представники. Стан розвитку кадрового процесу в сучасних медичних центрах, що визначає процес формування та реалізації кадрової політики в галузі охорони здоров'я, її структуру та організації, характеризується тенденцією до проблем, що вимагають впливу ефективного управління відповідно до концепції сектору охорони здоров'я, кадрові процеси в медичних закладах та управління фактичною медичною практикою [10].

Особливий рівень управління щодо формування кадрового потенціалу системи ЕМД - це працівники лікувальних закладів відповідного профілю. Оскільки медичні працівники є основним джерелом реалізації медичних послуг на всіх рівнях, основні елементи порядку діяльності працівників державного управління створюються саме в цьому напрямку. Якість та ефективність системи охорони здоров'я значною мірою залежить від робочої сили. Дані аспекти визначають необхідність розробки єдиних правил щодо кадрового забезпечення галузі на національному рівні, котрі будуть виступати основою для розробки локальних правил та враховувати досягнуті результати реформування системи ЕМД [11].

Надання екстреної допомоги населенню відповідно до частини другої статті 1 Закону України «Про систему екстреної медичної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112» від 13.03.2012 № 4499-VI розглядається як система проведення невідкладних заходів із запобігання виникненню наслідків екстрених ситуацій, під час їх виникнення, або усунення [8]. Поняття ЕМД також визначається в таких базових законах, як Закон України «Основи законодавства

України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII [12] та Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 5 липня 2012 року [13]. Так, в статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», визначено, що надзвичайна гуманітарна ситуація виникає внаслідок раптового погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке безпосередньо та безсумнівно загрожує життю та здоров'ю людини та оточуючих людей, хвороби, травми, отруєння та інші внутрішні і зовнішні фактори.

Згідно зі статтею 35 Конституції України, ЕМД - це організація, визначення та проведення невідкладних заходів, спрямованих на рятування та захист життя людини в надзвичайних ситуаціях медичним персоналом відповідно до закону та зменшення впливу таких умов на його здоров'я. Спеціальним нормативно-правовим актом у цій сфері є Закон України «Про екстрену медичну допомогу» [12]. Відповідно до частини 1 статті 5 цього Закону під ЕМД розуміють впровадження надзвичайних заходів щодо організації, діагностики та лікування з метою порятунку та захисту життя людей у надзвичайних ситуаціях та зменшення негативних наслідків таких ситуацій на стан здоров'я населення. Крім того, даний Закон визначає організаційно-правові засади надання ЕМД громадянам України та іншим особам на її території, особливо у разі виникнення надзвичайної ситуації та її наслідків в системі охорони здоров'я.

Порівнюючи підходи до визначення сутності ЕМД в Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та «Про екстрену медичну допомогу» [12, 13], слід зауважити, що в цілому вони імплементують єдиний підхід до визначення сутності, відмінність є лише у визначені суб'єкта, котрий надає послуги. Так, в розрізі першого зазначеного Закону, суб'єктом надання послуги в системі ЕМД є медичні працівники. Другим окресленим законом дається більш чітке визначення суб'єкта надання послуг, в частині чіткої регламентації, як кадрів екстреної медичної допомоги [10] (рисунок 1.4).

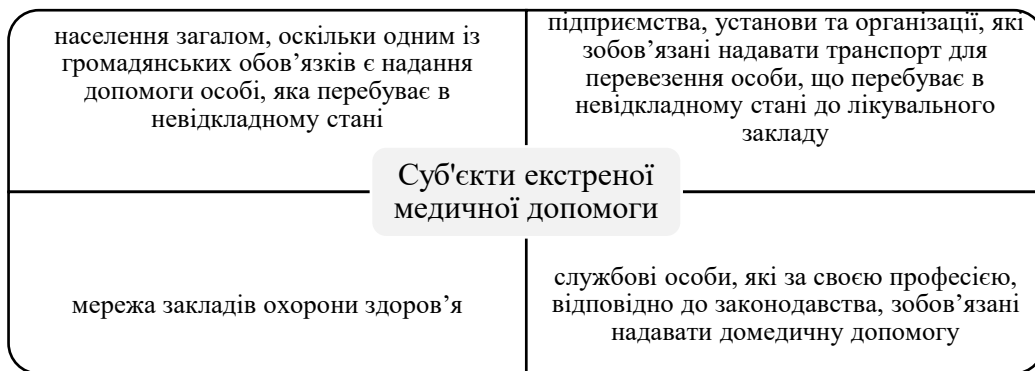


Рисунок 1.4 – Суб'єкти в сфері організації системи ЕМД

Джерело: [12, 13]

Відповідно до статті 1 частини 10 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», система екстреної медичної допомоги визначається цим Законом, як медичні заклади та їх структурні підрозділи, що забезпечують організацію та надання ЕМД в звичайних умовах, в екстрених ситуаціях, та під час ліквідації їх наслідків. До складу працівників системи ЕМД, згідно із статтею 11 частини першої Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [12], належать:

✓ медичні працівники служби ЕМД, медицини катастроф, центру екстреної медичної допомоги, служби екстреної (швидкої) медичної допомоги та відділення екстреної (швидкої) медичної допомоги, котрі надають невідкладну медичну допомогу та (або) забезпечують її правильне надання у відповідності до вимог зазначеного Закону;

✓ немедичні працівники пунктів екстреної медичної допомоги та медичної допомоги катастроф, служб екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, немедичний персонал відділень екстреної медичної допомоги для організаційно-технічного забезпечення надання послуг системи ЕМД, медичне обслуговування чергового лікаря системи екстреної медичної допомоги.

Отже, суб'єктом екстреної медичної допомоги є не лише медичний персонал, як зазначено у статті 35 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», а й немедичний персонал, котрий здійснює організаційне та технологічне забезпечення функціонування медичного персоналу системи екстреної медичної допомоги [13]. Характеристика вимог при

наданні ЕМД, представлена на рисунку 1.5, свідчить про важливість кадрового забезпечення системи ЕМД.



Рисунок 1.5 – Вимоги до людських та інфраструктурних ресурсів при наданні ЕМД

Джерело: згруповано автором за даними [13, 14]

Частиною другою статті 11 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» встановлено, що головний орган виконавчої влади, що забезпечує створення та реалізацію державної політики системи ЕМД, визначає кваліфікаційні та інші вимоги до медичних працівників та інших працівників сфери охорони здоров'я у разі надзвичайних ситуацій є центральний орган виконавчої влади. Відповідно до змісту статті 11.1 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» надання екстреної медичної допомоги покладається на медичних та інших (немедичних) працівників системи екстреної медичної допомоги. У разі ненадання належної допомоги та належного виконання професійних обов'язків медичні працівники та інші особи несуть

відповідальність, передбачену статтею 15 Закону, у випадках, передбачених цим Законом [14].

Окремо здійснюється регламентація діяльності структури лікувальних заходів, котрі забезпечують надання ЕМД та кваліфікаційні вимоги до персоналу. В частині регламентації роботи фахівців системи ЕМД слід зауважити, що під час їх підготовки недостатньо уваги приділяється опрацюванню навичок роботи в команді, що у підсумку знижує якість надання ЕМД. В якості інструментів контролю щодо роботи фахівців в системі ЕМД використовують атестацію або переатестацію, котра дозволяє підтвердити відповідний рівень фахівця або підвищити його. Систематизовано низку проблемних питань, котрі потребують регулювання в рамках практичної імплементації державної політики розвитку системи ЕМД (рисунк 1.6).

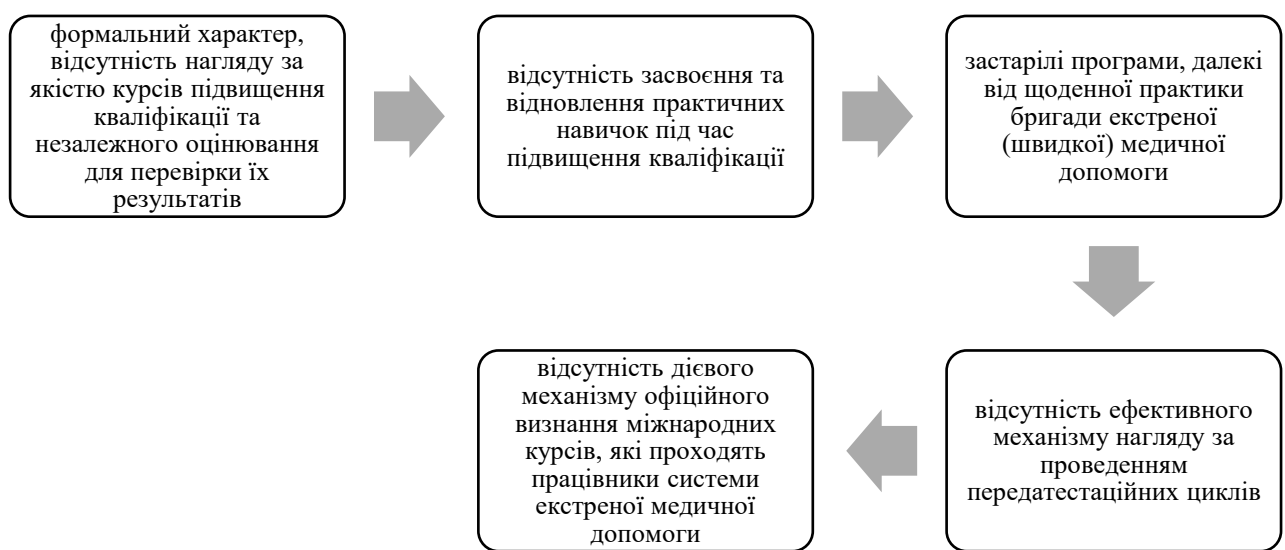


Рисунок 1.6 – Проблемні питання державної політики щодо підготовки фахівців системи ЕМД

Джерело: згруповано автором за даними [3, 10]

Представлені на рисунку 1.6 проблемні питання визначили вектор розвитку системи державної політики щодо підвищення якості підготовки фахівців системи ЕМД. Для усунення зазначених недоліків було розроблено Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги [10] в основу якої

покладено підхід, котрий ґрунтується на доказовій медицині та обґрунтовано впровадження механізму контролю дотримання галузевих стандартів в системі ЕМД.

Окремим аспектом, котрий потребує додаткової регламентації в сфері державного регулювання ЕМД є підготовка кадрів та проведення оцінки якості надання послуг. Також необхідним є запровадження єдиного механізму стратегічного планування системи реагування на надзвичайні ситуації до складу якого увійдуть плани національного рівня, регіонального рівня та рівня медичного закладу, котрі будуть узгоджені між собою та забезпечать формування бази даних щодо спроможності лікувальних закладів в системі ЕМД.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2.1 Загальна характеристика організації системи ЕМД в сфері реалізації кадрової політики

Закон України «Основи Закону України про охорону здоров'я» [13], визначає правові, організаційні, економічні та соціальні основи охорони здоров'я. Відповідно до аспекту кадрової політики в цьому законі встановлено, що стандарти змісту роботи лікаря затверджуються головним органом управління при формуванні державної політики в галузі охорони здоров'я та включають наступні складові елементи (розділ 2.1) [13].

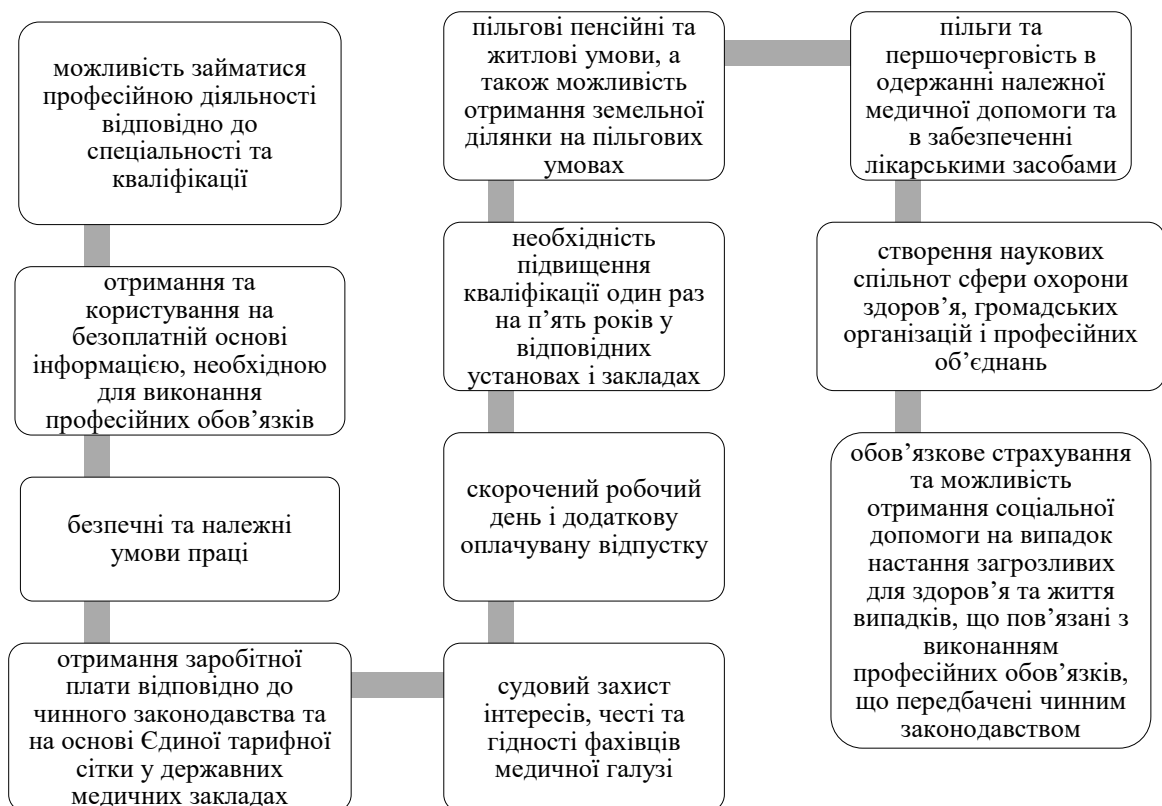


Рисунок 2.1 – Система складників реалізації професійних прав і пільг в сфері кадрового забезпечення

Джерело: [13]

Статтею 75 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено основні принципи розвитку, підготовки та підвищення кваліфікації лікарів, провізорів і реабілітологів. У цьому законі зазначено, що ці дії здійснюються у відповідних коледжах та університетах, включаючи професійно-технічні заклади, стаціонари, клініки, аспірантуру та докторантуру відповідно до правових норм освіти. Відповідні освітні програми та програми підготовки, реабілітації та спеціалізації фахівців з медицини, фармації та реабілітації затверджуються центральним органом виконавчої влади в порядку, визначеному урядовою політикою МОЗ [13].

Для забезпечення організаційної складової функціонування системи ЕМД за пакетом послуг «Екстрена медична допомога», окрім визначених на рисунку 2.2 вимог, затверджено нормативи, щодо складу бригад ЕМШД, укомплектованості обладнанням. Також обов'язковим складником є наявність ліцензії на дозвіл по обігу наркотичних та психотропних речовин, а також прекурсорів. Представлені характеристики визначають нові вимоги до фахівців системи ЕМД, в рамках яких затверджено стандарт освіти до професії «Екстрений медичний технік».

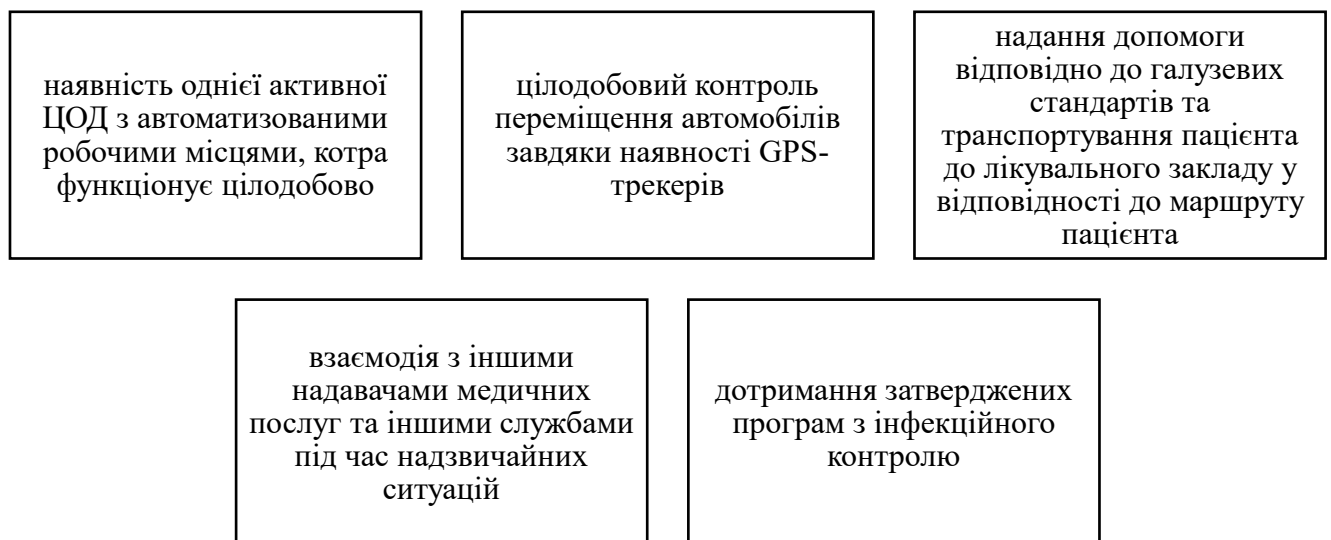


Рисунок 2.2 – Базові вимоги за пакетом «Екстрена медична допомога» щодо організації надання медичних послуг

Джерело: [14]

До спеціальних нормативно-правових актів, котрі забезпечують регламентацію профільних елементів системи ЕМД належать Накази МОЗ України, уніфіковані клінічні протоколи, стандарти екстреної медичної допомоги та профільні методичні рекомендації, перелік яких представлено в Додатку А. В рамках окреслених нормативно-правових актів передбачено дворівневу регламентацію діяльності системи ЕМД в Україні (рисунок 2.3). При цьому єдиною інституцією системи ЕМД державного рівня є ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України».

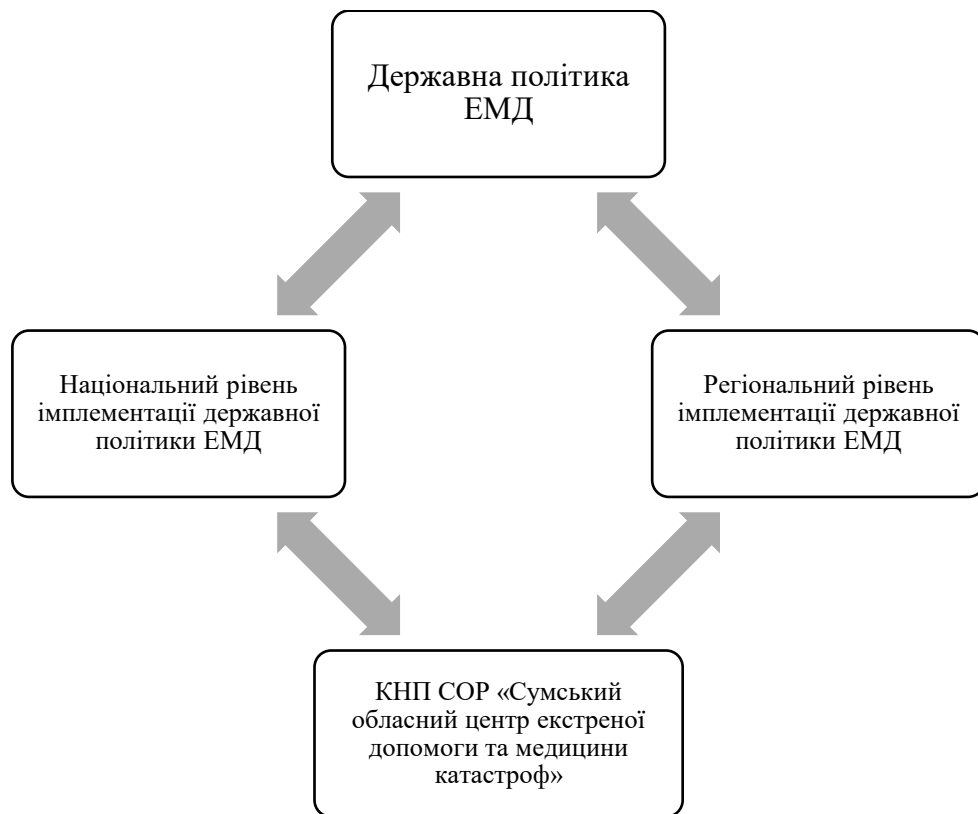


Рисунок 2.3 – Система управлінської взаємодії національного та регіональних рівнів в системі ЕМД

Джерело: [15, 16]

Кодекс цивільного захисту України, зокрема, передбачає забезпечення надання екстреної медичної допомоги постраждалим від стихійного лиха, рятувальникам, які беруть участь у рятувальних та інших невідкладних роботах, іншим особам у тому числі їх медична та психологічна реабілітація. Медико-

санітарна підтримка населення здійснюється службою медицини катастроф, у віданні якої знаходиться центральний орган, відповідальний за розроблення та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. Незалежно від форми власності лікувального закладу здійснюється планування умов їх використання в рамках реалізації підходу щодо єдиної державної системи цивільного захисту [12, 17]. Слід зазначити, що одним із найважливіших аспектів прийняття управлінських рішень в системі ЕМД є організація управління та координації між підрозділами реагування, оскільки їх вплив зростає пропорційно масштабу надзвичайної ситуації та складності ситуації, що передбачає збільшення кількості залучених сил та зростання потреб в ресурсах [18].

В даному контексті, важливим є розгляд ЄДСЦЗ, як комплексу управлінських установ, сил і засобів центральних і регіональних органів державної влади, органів місцевого самоврядування, що складається з функціональних і регіональних підсистем та їх зв'язків (основних органів із функціональними підрозділами, що утворюють функціональні підсистеми ЄДСЦЗ: МВС України, МОЗ України, Міністерство оборони України, Міністерство інфраструктури України тощо). Основною метою діяльності ЄДСЦЗ є забезпечення реалізації державної політики у сфері цивільного захисту (ЦЗ) в умовах мирного стану та надзвичайних ситуацій. Одним із основних завдань центру є захист населення та території в надзвичайних ситуаціях (евакуація населення; радіаційний, хімічний, біологічний, психологічний захист та захист здоров'я; навчання, навчання навичок і вмінь населення до роботи в надзвичайних ситуаціях) [19].

До складу функціональних завдань підсистеми ЄДСЦЗ є організація її роботи на регіональному рівні, забезпечення функціонування її органів, підготовка до виконання завдань з нормативних актів з питань безпеки людей, пожежної безпеки, ЦЗ, НС. Для координації медичної діяльності в медичних центрах, військових частинах, правоохоронних органах і медичних центрах інших країн також важливо розробляти документи щодо планів надзвичайних ситуацій та співпрацювати з ними. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 08.07.2015 № 469 «Про затвердження Порядку діяльності

спеціальних служб цивільного захисту» в умовах настання надзвичайної ситуації до роботи залучаються лікувальні заклади та інші медичні відділення. В даному аспекті важливим є врегулювання питань щодо формування мобільних формувань цивільного захисту за такими напрямками, як: мобільна медична бригада, мобільний медичний госпіталь тощо [20].

Для забезпечення результативності реалізації державної політики в системі надання ЕМД, в умовах настання надзвичайних ситуацій, Міністерством внутрішніх справ та Міністерством охорони здоров'я здійснюється планування взаємодії для всіх організацій, залучених до ліквідації наслідків надзвичайної ситуації в сфері охорони здоров'я на різних рівнях на підставі спільного наказу МВС та МОЗ України від 03.04.2018 р. № 275/600 «Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України в разі виникнення надзвичайних ситуацій»[21].

Сучасний стан організації системи ЕМД в Україні відповідає вимогам національних та міжнародних стандартів, рівню розвитку держави та прагненню країни стати членом ЄС. Серед базових функцій МОЗ є впровадження комплексу заходів до покращення роботи центрів ЕМД за рахунок збільшення витрат та їх кращого використання, зменшення плінності кадрів, зокрема, за рахунок підвищення мотивації праці. З метою державного регулювання системи екстреної медичної допомоги встановлено єдиний підхід до діяльності інституцій національного та регіонального рівнів. В рамках реалізації дворівневого підходу, в кожній області створено єдину юридичну установу системи ЕМД – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який забезпечує практичну імплементацію державної політики в сфері забезпечення надання ЕМД населенню. В Сумській області система ЕМД представлена Управлінням охорони здоров'я Сумської ОВА (далі – Управління) та КНП СОР «Сумський обласний центр екстреної допомоги та медицини катастроф» (далі КНП СОР «СОЦЕД та МК»)

Виходячи з Положення про Управління, контроль за діяльністю КНП СОР «СОЦЕД та МК» належить до юрисдикції відділу організації надання медичної

допомоги. У складі завдань функціонування системи ЕМД регіонального рівня, визначено наступні:

- організація та надання доступу до безоплатної, своєчасної та якісної невідкладної медичної допомоги, зокрема, й під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;
- надання медико-гігієнічної допомоги під час проведення масових заходах;
- налагодження зв'язку з аварійно-рятувальними підрозділами Міністерства, органами місцевого самоврядування та іншими місцевими організаціями у разі виникнення надзвичайної ситуації та ліквідації її наслідків.

Оснoву практичної реалізації державної політики щодо функціонування системи ЕМД на рівні регіональних інституцій формують наступні складові елементи:

- дотримання всіх вимог екстреної медичної допомоги;
- безперебійне прийняття викликів екстреної медичної допомоги;
- доступність та безпека, виконання часових обмежень до надання послуг, забезпечення надання якісних медичних послуг та пріоритетність екстреної медичної допомоги;
- дотримання послідовності, безперервності та однакових вимог до екстреної медичної допомоги [22].

Розглядаючи координаційну функцію Управління охорони здоров'я Сумської ОВА щодо організації ЕМД, слід зазначити про необхідність реалізації таких заходів, як:

- обґрунтування рекомендації щодо створення, організації та функціонування системи ЕМД на відповідній адміністративній території;
- розробка та затвердження річного регіонального плану функціонування та розвитку системи ЕМД у відповідності до стратегічних векторів розвитку регіональної системи охорони здоров'я;
- акумулювання інформації щодо діяльності Центрів ЕМД та МК, що складають систему ЕМД, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я;

- забезпечення фінансування витрат на організацію та функціонування системи ЕМД на території адміністративно-територіальної одиниці, зокрема, й на придбання матеріалів та обладнання;
- подання інституціям національного рівня розрахункових показників щодо визначення обсягу державного замовлення на навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників система ЕМД;
- визначення переліку лікувальних закладів, які надаватимуть медичну допомогу на території області у разі виникнення надзвичайної ситуації та під час ліквідації її наслідків;
- забезпечення формування мережі постійних та тимчасових пунктів підтримки бригад екстреної медичної допомоги;
- фінансування ресурсів на технічну підтримку системи ЕМД для її належного функціонування та надання своєчасної та якісної екстреної допомоги.
- контроль за дотриманням клінічних протоколів і стандартів охорони здоров'я та медичного персоналу [23].

Для забезпечення якості та доступності надання екстреної медичної допомоги населенню КНП СОР «СОЦЕД та МК» щорічно, починаючи з 2021 року, підписує договір з НСЗУ в рамках пакету медичних послуг «Екстрена медична допомога». Організаційна структура системи ЕМД Сумської області (Додаток А) виокремлює два ключових напрямів регламентації: медичний та оперативний.

В рамках регламентації медичної діяльності, функціональні обов'язки розподілені між профільними заступниками, а саме: заступника з організаційного забезпечення та контрольно-аналітичної роботи та заступника по роботі з фахівцями з базовою та неповною вищою медичною освітою. У складі системи ЕМД Сумської області функціонують п'ять станцій, чотирнадцять підстанцій та тридцять сім пунктів постійного базування (далі – ППБ). Головний фельдшер, навчально-тренувальний відділ та аптечна група знаходяться в підпорядкуванні директора по роботі з фахівцями з базовою та неповною вищою медичною освітою. Відповідно, інформаційно аналітичний відділ медичної статистики знаходиться в підпорядкуванні заступника

медичного директора з організаційного забезпечення та контрольної-аналітичної роботи. До повноважень заступника директора з оперативної роботи належить контроль за діяльністю оперативно-диспетчерської служби, станцій та підстанцій.

Підсумовуючи проведений аналіз щодо організації системи ЕМД в Сумській області, зауважимо, що досягнуто чіткої ієрархії розподілу повноважень, регламентації завдань та функцій Управління охорони здоров'я Сумської ОВА та КНП СОР «СОЦЕД та МК».

2.2 Оцінка стану кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги в Сумській області

Одним із важливих аспектів аналізу результативності державного регулювання системи ЕМД в Сумській області є оцінка кадрового забезпечення. Штатний розпис регіональної інституції систем ЕМД в 2023 р. оптимізовано та затверджено у кількості 1518,75 штатних посади, з них 14 – лікарів-інтернів. При цьому загальна укомплектованість медичними працівниками КНП СОР «СОЦЕД та МК» в 2023 р. складала 89,3%, що є меншим за показник 2022 р. на 2,8%. Досягнуті показники укомплектованості кадрами системи ЕМД Сумської області в розрізі категорій в 2023 р. представлено на рисунку 2.4.

Представлена на рисунку 2.4 інформація, свідчить про те, що найбільш укомплектованою категорію працівників системи ЕМД Сумської області в 2023 р. є молодші медичні працівники на рівні 92,2%. Потреба в працівниках даної категорії в аналізованому періоді складала 7,8%. Виходячи з показника укомплектованості лікарями, який складав 75,0% в 2023 р., питання щодо їх забезпечення є проблемним для досліджуваної інституції.

Також не вирішеним залишається й питання щодо укомплектованості водіями, потреба в яких в 2023 р. збільшилась і склала 14,9%. Аналіз кількісних показників свідчить про те, що станом на 31.12.2023 р. в системі ЕМД Сумської області працювало 91 лікар та 589 фельдшерів, що в порівнянні з показниками

2021 р. свідчить про зростання кількості лікарів на 7 осіб, а фельдшерів на 9 особи.

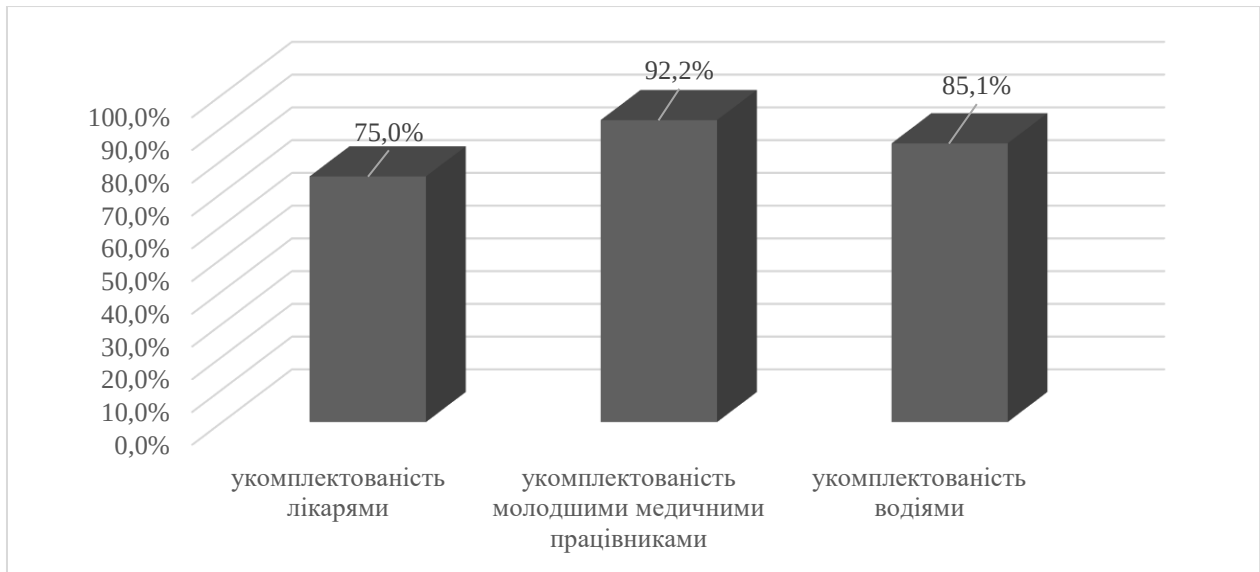


Рисунок 2.4 – Стан забезпеченості кадрами системи ЕМД Сумської області, 2023 р.

Джерело: [13]

Окреслена динаміка визначає в 2023 р. значну розбіжність між кількістю виїздів лікарів, яка склала 18463 од. та кількістю виїздів фельдшерів, яка склала 96172 од. При цьому кількість виїздів лікарів збільшилась в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 0,9%.

Важливість забезпеченості працівниками даних категорій прямо впливає на укомплектованість бригад системи ЕМД та якості надання медичних послуг населенню. Розглянемо динаміку зміни кількості бригад ЕМШД в системі ЕМД Сумської області протягом 2021-2023 рр., котра представлена в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Динаміка зміни кількості бригад ЕМШД в системі ЕМД Сумської області, 2021-2023 рр.

Найменування бригад ЕШМД	Кількість бригад ЕШМД, од.			Відхилення 2023 р. до 2021 р., %	Кількість осіб, яким надана допомога бригадами ЕШМД			Відхилення 2023 р. до 2021 р., %
	2021р	2022р	2023р		2021 р	2022 р	2023 р	
Лікарські	11,3	12,3	12,3	109,3	23098	17205	18463,0	79,9
Фельдшерські	79,3	78,5	77,5	97,8	141631	95746	96172,0	67,9
Всього:	90,5	90,8	89,8	99,2	164729	112951	114635,0	69,6

Джерело: [13]

Представлені в таблиці 2.1 дані, свідчать про скорочення загальної кількості бригад ЕМШД в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 0,8%. При цьому визначено позитивну динаміку щодо зростання кількості лікарських бригад в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 9,3%. Однак негативною залишається динаміка щодо скорочення кількості фельдшерських бригад на 2,2% в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. Окремим складником щодо оцінки діяльності ЕМД є навантаження на бригаду ЕМШД за добу. Так, в 2023 р. навантаження на лікарську бригаду складало 4,1 виїзд, що є меншим в порівнянні з показником 2021 р., який складав 5,2 виїзди.

Враховуючи те, що КНП СОР «СОЦЕД та МК» має у своєму складі станції та підстанції, доцільним є визначення добового навантаження на лікарські бригади в розрізі кожного структурного підрозділу в 2023 р. Загальна динаміка свідчить про те, що найбільш завантаженими є бригади ЕМШД Центральної станції, де встановлено 5,9 виїздів за добу, при цьому завантаженість Першої підстанції Центральної станції складала 7,2 виїздів за добу. В розрізі Охтирської станції встановлено 4,6 виїздів за добу, а по Шосткинській підстанції -4,3. Однак є підстанції в розрізі яких спостерігається значно менше навантаження, до складу яких увійшли Глухівська та Кролевецька, де спостерігалось 1,9 та 0,7 викликів за добу відповідно. Також слід відмітити про наявність негативних тенденцій щодо функціонування лікарських бригад, котрі пов'язані з їх відсутністю в Середино-Будській, Ямпільській, Великописарівській, Недригайлівській, Липоводолинській, Білопільській, Краснопільській, Буринській, Лебединській та Путивльській підстанціях. В розрізі окреслених підстанцій показник забезпеченості лікарськими бригадами становить 0,1 на 10 тисяч населення, що є меншим за середній показник по Україні в 2 рази.

Враховуючи важливість забезпечення надання якісних медичних послуг в системі ЕМД зазначимо, що середній показник навантаження на фельдшерські бригади в 2023 р. складав 3,4 виїзди на добу. В порівняльному аспекті, даний показник збільшився в 2023 р. в порівнянні з 2022 р., де навантаження складало 3,2 виїзди на добу. Аналогічно до попереднього показника простежується динаміка щодо найбільшого навантаження на фельдшерів Першої підстанції

Центральної станції в розмірі 6,4 виїздів на добу. Достатньо значне навантаження мають підстанції Центральної та Конотопської станцій в розмірі 5,1 та 4,0 виїздів на добу відповідно. У складі підстанцій, що мають найменше навантаження слід відмітити навантаження на фельдшерів Ямпільської, Липоводолинської, Великописарівської та Середино-Будської підстанцій, яке складало 1,8; 1,3; 2,2; 1,6 відповідно.

Інша динаміка визначена щодо кількості бригад на 10,0 тис. населення, яка збільшилась в порівнянні з минулим роком і склала 0,8. В даному контексті слід зауважити, що кращим за обласний показник є забезпеченість фельдшерськими бригадами в Липоводолинській (1,8 на 10 тис. населення), Буринській (1,5 на 10 тис. населення), Великописарівській (1,4 на 10 тис. населення), Краснопільській (1,0 на 10 тис. населення), Недригайлівській (1,4 на 10 тис. населення), Ямпільській (1,4 на 10 тис. населення) та Середино-Будській (1,3 на 10 тис. населення) підстанціях. Дана динаміка склалась через відсутність лікарських бригад в розрізі представлених підстанцій. В частині оцінки групи підстанцій, котрі мають найнижчі показники слід відмітити наступні: перша підстанція Центральної станції (0,1 на 10 тис. населення), Центральна станції (0,3 на 10 тис. населення) та Кролевецькій (0,6 на 10 тис. населення).

В частині оцінки звернень громадян, встановлено, що більшим за обласний показник є показники Конотопської та Буринської підстанцій (149,4 та 158,9 на тис., відповідно), а меншими є показники Ямпільської та Липоводолинської підстанцій (106,6 та 103,5 на тис., відповідно) та Краснопільської станції (108,0 на тис.). Дана динаміка сформувалась під впливом загальних тенденцій щодо функціонування регіональних інституцій системи ЕМД. Співвідношення лікарських бригад до фельдшерських в 2023 р. становило по Сумській області 1:6,4, що є гіршим за середнє значення по Україні (1:2,5). Встановлено, що незмінний склад бригад негативно впливає на показники якості надання медичних послуг. Адже більшість бригад є фельдшерськими, котрі включають лише одного фельдшера, що значно ускладнює процес надання допомоги постраждалому при невідкладних станах.

Для забезпечення ефективної роботи бригад медицини катастроф необхідно було розробити відповідні заходи, виділити спеціальний транспорт та додаткове обладнання, визначити найкраще територіальне розміщення для забезпечення доїзду бригади ЕМД в найкоротші терміни. Реалізація розроблених заходів дозволила створити в Сумській області 9 бригад медицини катастроф у складі: Шосткинської, Конотопської, Роменської, Охтирської станцій та Першої підстанції Центральної станції екстреної (швидкої) медичної допомоги (по 1 бригаді) та 4 бригади у складі Центральної станції екстреної (швидкої) медичної допомоги(рисунок 2.5).

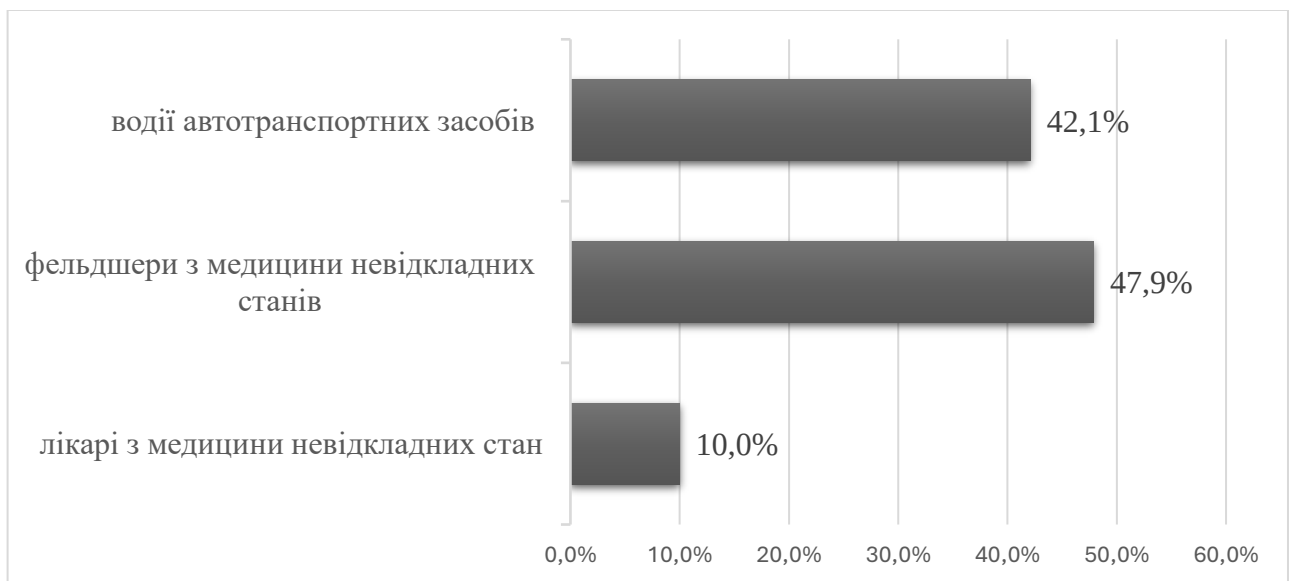


Рисунок 2.5 – Структура медичного персоналу системи ЕМД Сумської області в розрізі бригад МК, 2023 р.

Джерело: [18]

Загальна чисельність працівників МК в загальній структурі ЕМД складає 190 осіб, у наступному структурному співвідношенні (рисунок 2.5). Найменшою є частка лікарів, в загальній структурі персоналу, що цілком обґрунтовано, адже в Сумській області функціонує 9 бригад МК. Частка фельдшерів є значно більшою та складає 47,9% в загальній структурі медичного персоналу. Також вагомий вплив на діяльність бригад МК здійснюють водії санітарного автотранспорту, частка яких складає 42,1%. Наявні потужності системи ЕМД

регіону дозволяють здійснювати підготовку бригад МК на базі власного навчально-тренувального відділу.

Одним із комплексних показників, котрий характеризує стан організації надання екстрених медичних послуг населенню є інтенсивність роботи бригад ЕШМД, зокрема, в розрізі таких індикаторів, як звернення пацієнтів, часткове співвідношення виїздів та кількості осіб, яким надано допомогу до загальної кількості звернень. Розглянемо динаміку зміни інтенсивності роботи системи ЕМД Сумської області в 2023 р. в порівнянні з 2021 р., котра представлена в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Динаміка інтенсивності роботи системи ЕМД Сумської області, 2020 -2022 рр.

Показники	2021 р.		2022 р.		2023 р.	
	од.	%	од.	%	од.	%
Кількість звернень	197656	100	150371	100	145130	100
Кількість виїздів	164729	83,3	112951	75,1	114653	79,0
в т.ч. у сільську місцевість	40083	24,3	27740	24,6	28861	25,2
Кількість осіб, яким надана медична допомога	157093	79,5	107273	71,3	108540	74,8
в т.ч. мешканцям сільської місцевості	38330	24,4	26392	24,6	27409	18,8

Джерело: [18]

Відповідно до статистичних даних системи ЕМД, наведених у таблиці 2.2, частка виїздів в загальній структурі звернень пацієнтів протягом періоду спостереження характеризується різновекторною динамікою. Так, відбулось зменшення досліджуваного показника в 2022 р. в порівнянні з 2021 р. на 8,2%, і зростання в 2023 р. в порівнянні з 2022 р. на 3,9%.

Кількість виїздів у сільську місцевість в абсолютних одиницях зменшилась на 12343од. в 2022 р. в порівнянні з 2021 р. Однак в 2023 р. відбулось зростання досліджуваного показника на 1121 од. В частковому співвідношенні даний показник не мав суттєвої динаміка протягом періоду спостереження. Простежуються зміни й щодо частки осіб, котрим надано медичну допомогу в загальній структурі звернень, котра зменшилась як в 2022 р. в порівнянні з 2021 р. на 29,2%, так і в 2023 р. в порівнянні з 2022 р. на 3,5%. В цілому слід зазначити,

що протягом періоду спостереження найбільш інтенсивною була робота системи ЕМД в 2021 р.

Загалом тенденції, що спостерігаються, пов'язані зі змінами в системі надання екстрених медичних послуг населення, зокрема, в частині порядку виїзду бригад ЕШМД лише на критичні та екстрені виклики. У разі неекстреного та непрофільного виклику пацієнта направляють до сімейного лікаря та проводять консультацію по телефону. Таким чином, тенденції наданих консультацій щодо артеріального тиску, лихоманки, хронічних захворювань і отриманих травм мали різний характер протягом періоду моніторингу.

Досліджуючи стан функціонування напряму консультування в системі ЕМД, зауважимо про зниження даного показника у 2023 р. до 34286 од. в порівнянні із 36708 од. в 2022 р., що у відносному співвідношенні дорівнює 6,6%. Динаміка зміни даного показника в цілому відповідає загальній тенденції періоду спостереження в частині зниження значень показників в 2023 р. в порівнянні з 2022 р.

Загальна структура виїздів для надання екстреної медичної допомоги населенню формується в розрізі таких напрямів, як: раптові захворювання, нещасні випадки, безрезультатні виїзди, виїзди до хронічних хворих та перевезення пацієнтів. Розглянемо тенденції, котрі склались протягом досліджуваного періоду в системі ЕМД Сумської області, в розрізі даних, представлених в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Динаміка структури виїздів системи ЕМД Сумської області, 2021-2023 рр.

Види звернень	2021р.	2022 р.	2023 р.	К _{пр} , 2023/2021, +-
Раптові захворювання	83,4	80,6	80,6	0
Нещасні випадки	8,6	10,3	10,3	0
Безрезультатні виїзди	4,5	4,9	5,1	+0,2 в.п.
Виїзди до хронічних хворих	2,0	2,9	1,8	-1,1 в.п.
Перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів і травмпунктів	1,5	1,3	1,5	+0,2 в.п.
Всього:	100,0	100,0	100,0	-

Джерело: [18]

В загальній структурі виїздів системи ЕМД Сумської області, в досліджуваному періоді, спостерігається загальна тенденція щодо переважної частки викликів з приводу раптових захворювань в порівнянні з іншими видами звернень у наступному співвідношенні 83,4% та 16,6% у 2021 р.; 80,6% та 19,4% у 2022 р., 80,6% та 19,4% відповідно. Розглядаючи значення коефіцієнту приросту в 2023 р. в порівнянні з 2021 р., позитивна динаміка встановлена за показником частки безрезультатних виїздів та перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів і травмпунктів загальній структурі звернень. Так, у складі інших видів звернень, частка безрезультатних викликів склала в 2023 р. 5,1%, динаміка в порівнянні з 2021 р. характеризується зростання на 0,2 в.п. Частка виїздів до хронічних хворих зменшилась в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 1,1 в.п. і склала в 2023 р. 1,8%. Найменшою в загальній структурі звернень є частка звернень з приводу перевезення пацієнтів та породіль, котра складала в 2023 р. 1,5% та зросла в порівнянні з 2021 р. на 0,2 в.п.

За звітний період екстрену та невідкладну медичну допомогу надано 108540 особам, що на 1267 осіб або на 1,2% більше, ніж у минулому році. Показник становить 104,8 на тисячу населення, що на 1,2% більше показника минулого року (103,6). Екстрену та невідкладну медичну допомогу надано 27 409 мешканцям сільської місцевості, що на 3,7% більше показника за 2022 рік. Показник становить 87,6 на тисячу сільського населення (2022 – 84,4 на тис.). Питома вага надання екстреної та невідкладної медичної допомоги сільським мешканцям від загальної кількості виїздів дорівнює 23,9%, що більше минулого року (2022 – 23,4%, Україна, 2021 – 25 %).

2.3 Аналіз якості надання екстреної медичної допомоги в Сумській області

В діяльності регіональної інституції системи ЕМД важливим є забезпечення функціонування діагностичного телеметричного кардіологічного консультативного кабінету. В КНП СОР «СОЦЕД та МК» діяльність даного кабінету здійснюється на базі комплексу «ЮНЕТ» та електрокардіографів

«ЮКАРД-100», що дозволяє проводити віддалену ЕКГ-діагностику населенню Сумської області. Зауважимо, що всі бригади ЕШМД мають електрокардіографи «Юкард-100», котрі забезпечують передачу ЕКГ-сигналу. Завдяки чіткій взаємодії та послідовності між бригадами Е(Ш)МД, ДТКК, КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня», КНП «Центральна міська клінічна лікарня» СМР, КНП СОР «Сумський обласний клінічний кардіологічний центр» та кардіологічними відділеннями міських і районних лікарень вдалось покращити якість діагностики та надання медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом. Динаміка консультативної допомоги для діагностики серцево-судинної патології КНП СОР «СОЦЕД та МК», представлена в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Динаміка консультацій для діагностики серцево-судинної патології КНП СОР «СОЦЕД та МК», 2021-2023 рр.

Показник	Загальна кількість, од.			Відхилення 2023 р. до 2021 р., %
	2021 р.	2022 р.	2023 р.	
Кількість консультацій	19720	18181	18991	96,3
Виявлено випадків гострого інфаркту міокарда	916	916	901	98,4
в т.ч. в сільській місцевості	246	246	315	128,0
Проведено тромболізисів	44	44	13	29,5

Джерело: [13]

Представлена в таблиці 2.4 динаміка, свідчить про те, що в 2021 р. була проведена найбільша кількість консультацій з приводу діагностики серцево-судинної патології. Порівняльна характеристика показника кількості консультацій в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. свідчить про скорочення досліджуваного показника на 3,7%. В частині виявлення випадків гострого інфаркту міокарда, динаміка протягом досліджуваного періоду була незначною. Кількість проведених тромболізисів зменшилась в 4 рази в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. Динаміка кількості випадків гострого інфаркту міокарда в сільській місцевості збільшилась в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 28,0%, що в кількісному вимірі склало 69 випадків.

За звітний період доставлено на госпіталізацію 40,4% від загального числа осіб, яким надано допомогу, що більше, ніж минулого року на 1% (2022 – 40%,

державний показник – 36,3%). Питома вага госпіталізацій становить 75,4% проти 93,7% у минулому році. Найбільший відсоток госпіталізації здійснено бригадами Липоводолинської (96,6%), Великописарівської (93%), Тростянецької (92,5%) та Буринської (90,7%) підстанцій Е(Ш)МД. Маршрутизація пацієнтів, які перебувають на території Сумської області у випадку їх екстреної госпіталізації до відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, приймальних відділень, визначених ЗОЗ, здійснюється бригадами Е(Ш)МД цілодобово, відповідно до маршрутизації, затвердженої наказом УОЗ СОДА від 15.11.2021 № 979-ОД «Про маршрутизацію пацієнтів». Цим наказом затверджено як перелік ЗОЗ, зона обслуговування, так і профіль надання екстреної медичної допомоги. Звернення формується в розрізі таких напрямів, як: травми, опіки, поранення, отруєння та хвороба. Зміна структури за напрямками звернень за 2022-2023 р. представлено на рисунках 2.7 та 2.8.



Рисунок 2.7 – Структура звернень до лікарів-консультантів системи ЕМД Сумської області, 2023 р.

Джерело: [13]



Рисунок 2.8 - Структура звернень до лікарів-консультантів системи ЕМД Сумської області, 2022 р.

Представлені на рисунках 2.7 та 2.8 структури звернень до лікарів-консультантів системи ЕМД свідчать про відсутність значної варіаційної

розбіжності в розрізі напрямів звернень в досліджуваному періоді. Так, найбільшу питому вагу в структурі звернень складають хвороби, а саме 67,7% та 75,9% відповідно. Другим за вагомістю показником в загальній структурі є звернення щодо травм, а саме 30,1% та 20,5% відповідно. При цьому простежується тенденція щодо скорочення частки звернень щодо хвороби та зростання частки звернень з приводу травм в 2023 р. в порівнянні з 2022 р. У складі змін щодо звернень слід відмітити відсутність запиту на консультування з приводу патології вагітності, що обумовлено роботою акушерсько-гінекологічної бригади в Сумському обласному клінічному перинатальному центрі.

Враховуючи регламентацію діяльності системи ЕМД щодо часу доїзду бригад ЕМШД до пацієнтів згідно з Постановою № 1271 в розрізі критичних та екстрених викликів, визначено наступні часові рамки: до 10 хвилин для критичних викликів; до 20 хвилин для екстрених викликів. У складі загальних показників, котрі характеризують діяльність системи ЕМД Сумської області слід розглянути часткове співвідношення викликів виконаних у відповідності до часового регламенту в розрізі категорій, представлені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Динаміка показників оцінки якості системи ЕМД Сумської області, 2021-2023 рр.

Показник	2021 р.	2022 р.	2023 р.	Відхилення 2023 р. до 2021 р., +/-	Відхилення 2023 р. до 2022 р., %
прибуття бригад Е(Ш)МД на місце виклику до 10 хвилин з моменту звернення, всього	40,3%	42,7%	50,0%	+7,3 в.п.	+9,7 в.п.
в т.ч. по місту	53,6%	60,4%	63,0%	+2,6 в.п.	+9,4 в.п.
прибуття бригад Е(Ш)МД на місце виклику до 20 хвилин з моменту звернення від загального числа викликів	69,2%	76,5%	77,0%	+0,5 в.п.	+7,8 в.п.
прибуття бригад Е(Ш)МД на місце виклику до 20 хвилин з моменту звернення у сільській місцевості від виїздів у сільську місцевість	37,8%	32,0%	33,0%	-1,0 в.п.	-4,8 в.п.

Джерело: [19]

Представлені в таблиці 2.5 дані визначають позитивні зміни в розрізі досліджуваних показників в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. Характеристика роботи системи ЕМД Сумської області з критичними викликами визначає, що в 2023 р. 50,0% було виконано із дотриманням регламенту, ланцюгова зміна складає 9,7 в.п. Даний показник по місту мав кращий показник і складав 63,0%, ланцюгова зміна – 9,4 в.п.

У 2023 році було здійснено 2 778 виїздів на критичні виклики (2022 – 2 967). Вчасний доїзд до 10 хвилин на критичні випадки був у 1 390 випадках, що дорівнює 50%, із них по місту – у 63% випадках (2022 – 60,4 %), по селу – у 15,2% (2022 – 14,2%). Вчасно до 20 хвилин на екстрені випадки доїхали у 85 994 випадках (2022 – 74140), що становить 77% (2022 – 76,5%), із них по місту – у 92% випадках (2022 – 91,3%), по селу – у 33% (2022 – 32%).

Кількість виїздів на випадки, що закінчились летально, зменшилась на 8,2%. Показник виїздів бригад Е(Ш)МД на такі випадки на 1 тис. населення становить 1,4 (2022 – 1,5 , Україна, 2021 – 2,4). З них смерть до приїзду бригад ШМД на 1 тис. населення – 0,9 (2022 – 1,2, Україна, 2021 – 2,1), смерть у присутності бригади на 1 тис. населення становить 0,5 (2022 – 0,3, Україна, 2021 – 0,3). Показник питомої ваги летальних випадків становить 1,3% (2022 – 1,4%; Україна, 2021 – 1,6%) з них: у присутності бригади – 0,5% (2022 – 0,3%, Україна, 2021 – 0,2%), до прибуття бригади – 0,8% (2022 – 1,1%, Україна, 2021 – 1,4%).

Загальна кількість летальних випадків у присутності бригади за 2023 рік становить 532, що на 40,8% більше, ніж у минулому році (315). Кількість летальних випадків до прибуття бригади зменшилась на 27,4% (2022 – 1578, 2023 – 1449).

Навчання особового складу бригад медицини катастроф здійснено ресурсом навчально-тренувального відділу Центру в частині теоретичної підготовки та відпрацювання практичних навичок шляхом проведення курсів.

Основна мета роботи навчально-тренувального відділу – підвищення рівня професійних знань медичних та немедичних працівників Центру. Але після повномасштабного вторгнення російських військ в Україну було відкориговано пріоритети щодо навчань та проведення курсів.

За підтримки ВООЗ, МОЗ України, ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України» та інших міжнародних організацій було проведено курси, на яких підвищували теоретичний та вдосконалювали практичні навички медичні працівники Центру:

1) курс «Ультразвукова діагностика за протоколом FAST» на підставі угоди між ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» та неурядової організації Франції «МЕHAD (ex-UOSSM Franse)» – 128 слухачів;

2) курс «Психотравма, надання допомоги в умовах та після бойових дій різним верствам населення» на підставі угоди між ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», від 07.06.2023 та Медичним координатором ГО «МЕHAD (ex-UOSSM France)» в Україні Ю. Волкової від неурядової організації Франції «МЕHAD (ex-UOSSM Franse)» – 13 слухачів;

3) курс «Інструктор з надання догоспітальної допомоги» на підставі угоди між МОЗ України та Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України від 08.03.2023 № 21/7-19/673 щодо реалізації Проєкту «Додаткове фінансування проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі людей» – 3 лікарі та 1 фельдшер;

4) тренінг з надання допомоги травмованим на догоспітальному етапі International Trauma Life Support «ITLS» у м. Київ згідно з листом Міністерства охорони здоров'я України від 21.03.2023 № 25-04/7090/2-23 та листа Бюро ВООЗ в Україні від 14.03.2023 № 449/23 щодо підтримки подальшого посилення готовності ланки догоспітальної допомоги для пацієнтів з травмами ВООЗ у співпраці з Центром спеціальної підготовки – 6 слухачів;

5) курс «Надання допомоги при масових ураженнях на догоспітальному етапі» на підставі угоди Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського та Міністерства охорони здоров'я України від 19.06.2023 № 21/719/2049 – 6 слухачів;

6) тренінги громадської організації STEP-IN UKRAINE (Японія) «Політравма» у м. Суми – 12 слухачів;

7) тренінги громадської організації STEP-IN UKRAINE (Японія) «Психічна резильєнтність» у м. Суми – 16 слухачів;

8) провайдерський курс ALS «Advanced Life Support» (Розширені реанімаційні заходи у дорослих) та отримання сертифікатів кандидатів в інструктори «ALS» ERC (European Resuscitation Council) Європейської ради реанімації, який проходив у Луцьку та Тернополі, – 6 лікарів та 1 фельдшер;

9) курс GIC «Generic Instructor Course» від ERC (European Resuscitation Council) Європейської ради реанімації, який успішно пройшли у м. Львів, – 2 лікарі та отримали сертифікати міжнародного зразка;

10) п'ятиденний курс надання допомоги постраждалим у догоспітальній медицині на полі бою «Battlefield medicine» з тренінгом психологічної підтримки, який проходив у вересні 2023 року у Польщі із залученням інструкторів Варшавського медичного університету, після проходження якого, 4 лікарі та 1 фельдшер отримали сертифікати «Advanced Life Support and tactical rescue»;

11) чотирьохденний навчальний курс Critical Care Transport Course «Транспортування критичних пацієнтів» у м Дніпро пройшли 2 лікарі НТВ;

12) трьохденний курс стажування Critical Care Transport Course «Транспортування критичних пацієнтів» у м Дніпро пройшли 2 лікарі НТВ;

13) курс GIC «Generic Instructor Course» пройшли 4 лікарі в м. Тернопіль.

Упродовж 2023 року інструкторами НТВ Центру було проведено 32 адаптовані курси, 5 онлайн занять, на яких навчено 6 408 осіб, з них 3 359 медичних працівників та 3 049 – немедичних працівників (ЗСУ, ДСНС, поліцейські, водії, вчителі та інші).

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1 Напрями державного регулювання підвищення кваліфікації кадрового складу системи екстреної медичної допомоги

Проведений аналіз результативності реалізації державної політики кадрового забезпечення системи ЕМД визначив наявність низки проблемних питань, ключові з яких, представлені на рисунку 3.1.

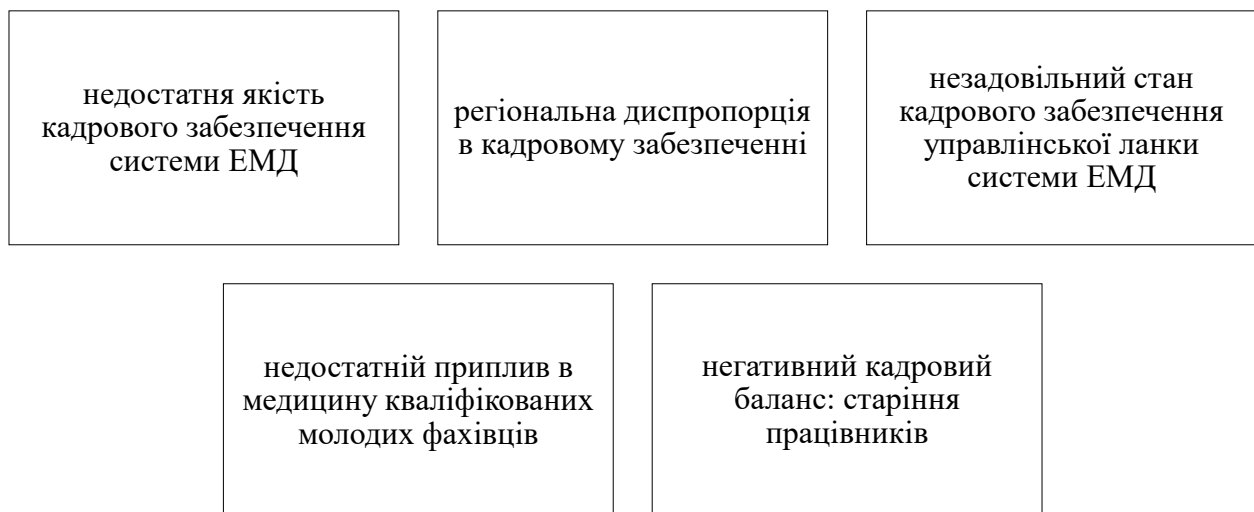


Рисунок 3.1 – Проблемні аспекти державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД

Джерело: [23-25]

Водночас медична реформа є найважливішим чинником впливу на реформування системи ЕМД та забезпечення підвищення кваліфікації працівників, рівня їх професійної підготовки, ступеню готовності до інновацій, творчого пошуку. «Стратегія реформ 2030», Договір про ЄС разом з Україною та Європейським Союзом визначає розвиток кадрового потенціалу одним із пріоритетних напрямків реформ. Проблема формування кращих кадрових

ресурсів у закладах охорони здоров'я є викликом сьогодення та має бути організаційним, правовим та управлінським інструментом впровадження змін в системі ЕМД [23, с. 58].

Медичні працівники (особливо лікарі) - це працівники, які повинні постійно підвищувати свою кваліфікацію та отримувати ліцензію тощо. Підготовка медичного персоналу спрямована на виконання принципів безперервної медичної освіти. Менеджери медичних організацій повинні враховувати це в кадровій політиці, стратегії та мотиваційних процесах, оскільки методи HR можуть бути ефективним інструментом мотивації. Створення якісної системи професійного розвитку персоналу було реалізовано кілька десятиліть тому за рахунок збільшення частки лікарів, які отримали базову та вищу освіту, комплекс знань і спеціальних навичок [15].

Необхідний рівень кваліфікації лікаря системи ЕМД забезпечується поєднанням різних форм медичної освіти (медицини), бакалаврату, інформаційно-практичних курсів, систематичної самостійної підготовки та безперервної практики за досягнутою професією [8, с.138]. Професійний розвиток медичного персоналу відіграє особливу роль у розвитку персоналу медичних закладів і надає додаткові можливості для планування кар'єри. У своїй діяльності медичні заклади можуть використовувати наступні етапи програми підготовки медичного персоналу (рисунок 3.2).

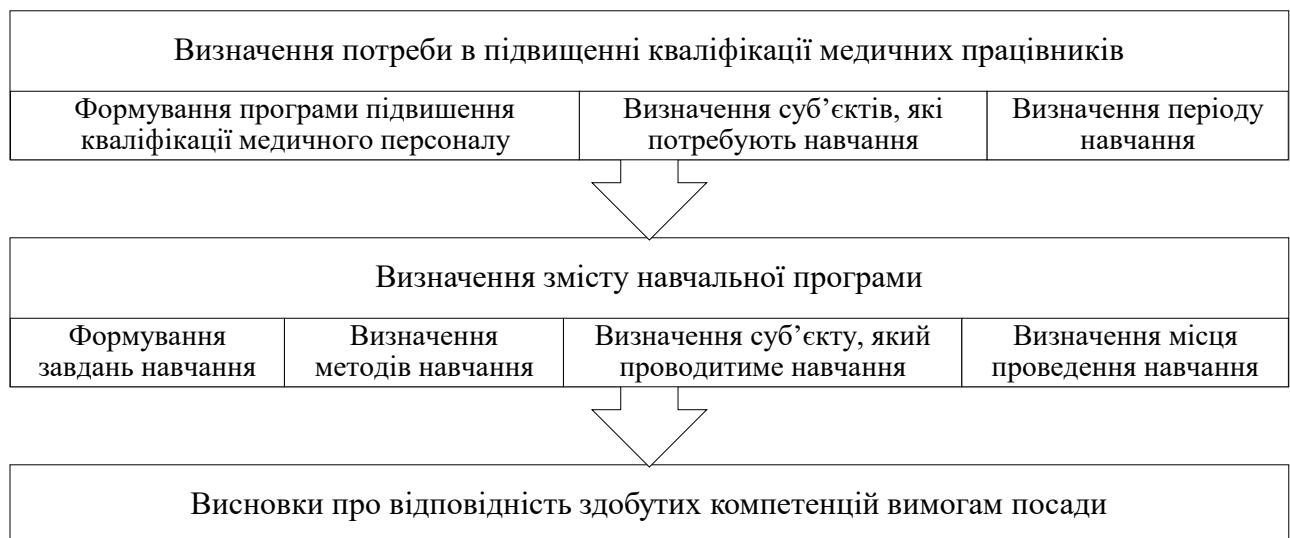


Рисунок 3.2 – Етапи впровадження системи підвищення кваліфікації медичних працівників в рамках діяльності УОЗ СМР

Основою підвищення кваліфікації працівників системи ЕМД є оцінка їх професійних навичок, яка має здійснюватися на основі створення моделі компетентності для певної посади. Це дає змогу реально оцінити потребу в освіті та кваліфікації медичного персоналу. Водночас реформування освіти лікарів полягає у створенні нової системи відповідно до принципів системи постійного підвищення кваліфікації медичних працівників. Основна ідея даного напряму полягає в тому, що професійний розвиток має тривати у всій професійній діяльності лікаря та особистісне вдосконалення через формальні освітні процеси та участь у неформальних освітніх програмах.

Безперервний професійний розвиток – це нова для України система безперервного підвищення кваліфікації лікарів та їх професійного розвитку. Замість того, щоб відвідувати формальне навчання, лікарі повинні продовжувати вдосконалювати свої навички. Принцип безперервної освіти медичних працівників популярний у розвинених країнах Європи, Америки, Азії, таких як США, Чехія, Сінгапур, Швеція, Англія, Польща та інших країнах [5, с. 35].

Основним недоліком чинної системи підвищення кваліфікації лікарів є оцінка кваліфікації, яка дає змогу займатися медичною практикою навіть недосвідченим фахівцям; низьке бажання підвищувати кваліфікацію лікаря; не має належного механізму реагування у разі його невідповідального ставлення. Крім того, традиційна система підвищення кваліфікації лікарів не відповідає останнім розробкам, дослідженням та інноваційним методам лікування з акцентом на міжнародний професійний розвиток. Отримання ліцензії після закінчення навчання буде позитивно впливати на реформування системи медичної освіти, зокрема підвищення кваліфікації лікарів. Нова модель замінить існуючий цикл атестації: замість атестації буде створена система професійних ліцензій для лікарів, яка включатиме портфоліо освіти спеціаліста та історію його медичної практики [2].

Безперервний професійний розвиток включає особисту участь фахівця в різноманітних формальних і неформальних програмах і заходах. Неформальна освіта системи ЕМД – це розвиток власних знань та вдосконалення навичок відповідно до освітньої програми, що може призвести до присвоєння освітньої

кваліфікації, визнаної урядом на освітньому рівні, але дозволить набути академічні та напіваакадемічні навички. Неформальна освіта (самостійна освіта) системи ЕМД – це самостійна організація професійних знань фахівців у рамках повсякденної практики щодо професійної, громадської та іншої діяльності.

Неформальна освіта є важливою частиною постійного розвитку медичних працівників. Для цього відомі основні види незалежної професійної освіти (рисунки 3.3) [12].

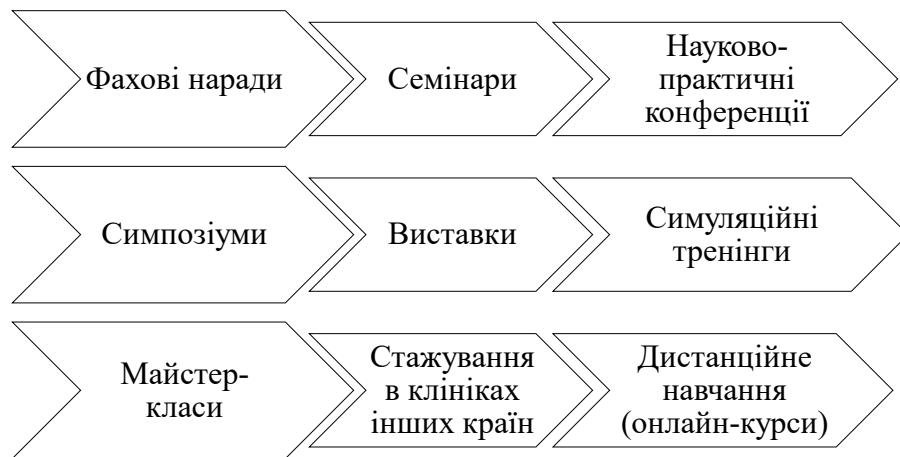


Рисунок 3.3 – Базові форми безперервного професійного розвитку медичних працівників

Джерело: згруповано автором за даними [12]

Водночас існує декілька сучасних форм формальної освіти, таких як участь у міжнародних наукових конференціях та навчаннях у провідних вітчизняних та зарубіжних лікарнях [1]. У зв'язку з вищезазначеним зростає попит на довготривале підвищення кваліфікації на базі лікувальних закладів. Водночас дуже важливо забезпечити дистанційний доступ до інформації для медичних працівників у сільській місцевості.

У системі підвищення кваліфікації працівників медичних центрів, у тому числі в період підвищення кваліфікації в процесі самостійної професійної освіти, облік ведеться працівником для створення та ведення портфоліо особистої освіти, а також роботодавців, університетів та закладів післядипломної освіти. При цьому всі етапи підвищення кваліфікації щорічно оцінюються закладами

вищої освіти за балами, які працівник отримав за весь час навчання в рамках забезпечення постійного професійного розвитку. Кількість балів за різні види неформальної освіти під час безперервного підвищення кваліфікації визначається та затверджується МОЗ України, і студенти використовують її для створення самостійної форми навчання.

Щорічно в Україні проводиться близько 90 освітніх заходів для лікарів і фармацевтів. Це лекції, семінари, конференції, симуляційне навчання тощо. Заходи проводяться на місці та транслюється по телебаченню, що дозволяє одночасно охопити велику регіональну аудиторію та задовольнити потребу в новій інформації та найкращих практиках. Тому триває пошук прогресивних методів підвищення професійних знань лікарів із застосуванням сучасних форм навчання та передових технологій.

Сучасна медична освіта характеризується безперервним та динамічним характером, який допомагає лікарям постійно вдосконалювати свої навички та підтримувати конкурентоспроможність, і багато в чому відкривається завдяки інноваційним Інтернет-технологіям [5]. Зокрема, дистанційне навчання має багато переваг. Впровадження інформаційних технологій в навчальний процес сприяє постійному підвищенню кваліфікації лікаря на фактичному робочому місці без відриву від основної діяльності, що є основою післядипломної та проблемно-орієнтованої освіти, забезпечує набуття теоретичних і практичних навичок, сприяє розвитку знань з обраної професії та ділитися досвідом колег [9]. Використання сучасних інформаційних та освітніх веб-технологій у навчальному процесі, а також традиційних форм, що дає можливість покращити якість освіти та надає багато переваг для постійного вдосконалення, набуття експертного досвіду.

Завдяки впровадженню сучасних інтернет-технологій лікарі можуть своєчасно підвищувати свою професійну кваліфікацію дистанційно, в тому числі онлайн. Зарубіжний досвід підтверджує ефективність таких видів навчання в довгостроковій перспективі. Зокрема, міжнародні наукові дослідження показали, що лікарі, які беруть участь у онлайн-проектах безперервної медичної

освіти/СМЕ, як правило, приймають клінічні рішення відповідно до принципів доказової медицини.

Встановлюючи нову систему безперервного професійного розвитку, з одного боку, лікарі зможуть обирати, у кого і чого вони навчатимуться, і полегшить процес сертифікації на міжнародному рівні, а з іншого боку, буде створено конкурентне поле серед закладів освіти. Воно, як і будь-який конкурс у будь-якій сфері, безперечно призведе до підвищення якості змісту освіти. Також від якості освіти лікаря напряду залежить якість надання медичної допомоги пацієнтам.

Водночас у рамках реформування системи ЕМД підвищуються вимоги до кваліфікації керівників та рівня їх професійних знань. Тому для ефективного управління медичними центрами сучасний керівник повинен мати високі управлінські навички, а також високий рівень професійної освіти [9]. Враховуючи складність управлінської діяльності та стрімкий розвиток науки і практики в цій галузі, лише невелика кількість менеджерів може самостійно набути таких навичок. Тому для вирішення даної проблеми доцільно використовувати два напрямки додаткової професійної підготовки фахівців на керівних посадах у сфері охорони здоров'я: отримання другої вищої освіти за спеціальністю менеджмент (зазвичай у ВНЗ, що готують медичних спеціалістів, та медицині).); завершення управлінської підготовки [7, с. 219].

Водночас важливо удосконалювати методи та практику управління діяльністю лікувальних закладів. Тому для того, щоб керівники системи ЕМД могли ефективно підтримувати процес прийняття рішень щодо управління кадровим потенціалом організації охорони здоров'я, вони повинні досконало знати бізнес. Вони повинні використовувати стратегічне бізнес-мислення, щоб гарантувати, що політика, програми та практика державної служби, які вони розробляють і якими керують, узгоджуються з бізнес-цілями та цілями всієї організації лікарні.

Перспективні напрями державної державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД представлено на рисунку 3.4.



Рисунок 3.4 - Перспективні напрями державної державного регулювання кадрового забезпечення системи ЕМД

Джерело: згруповано автором за даними [5]

Одним із головних факторів ефективності кадрової політики системи ЕМД має стати децентралізація влади, підвищення взаємної відповідальності влади, громади та суспільства, відповідна правова система на державному та місцевому рівнях, персональна відповідальність кожного за формування здорового способу життя та створення системи профілактики захворювань. У цій ситуації підвищити ефективність роботи персоналу лікувальних закладів можливо шляхом розробки та впровадження єдиних правил безперервного професійного розвитку відповідно до міжнародних стандартів та використання сучасних форм підвищення кваліфікації медичного персоналу, що забезпечить підвищення рівня медичних послуг в Україні.

3.2 Розробка інструментів оцінки якості роботи медичних працівників як складова державного регулювання кадрового забезпечення

Одним із найпотужніших інструментів реформування охорони здоров'я є правильна кадрова політика. Якість і доступність медичних послуг для жителів

країни значною мірою залежить від забезпеченості кадрами лікувальних закладів та їх професійного рівня. Медичні кадри є однією з найважливіших складових системи ЕМД, котрі безпосередньо впливають на ефективність функціонування галузі. Підтверджено нагальну потребу у створенні системи оцінювання якості роботи медичного персоналу за результатами реалізації державного регулювання, що сприятиме створенню теоретичних та емпіричних досліджень та забезпечать подальший розвиток.

Розрізняють три основні методи оцінки ефективності розвитку персоналу: практико-орієнтований; процесно-орієнтований; науково-орієнтований [6, с.7]. Практико-орієнтований підхід у своїх дослідженнях запропонував Д. Кіркпатрік. По-перше, він мав намір визначити, як він міг би ефективно виконувати навчальну програму для досягнення своїх цілей. Якщо ми візьмемо модель Р. Брінкергофа як приклад процесно-орієнтованого підходу, рекомендоване оцінювання циклу на кожному етапі навчального плану також може бути корисним. Ця модель має шість фаз, першою фазою є визначення цілей та аналіз потреб. Другий етап передбачає оцінку проекту навчального плану. Наступним кроком є оцінка якості навчального плану.

Модель трансфертних заходів М. Фоксона зосереджена на передачі знань і навичок від реалізації навчальної програми. При цьому передача вважається процесом, а не результатом [6]. Передача відбувається поетапно від свідомого наміру до несвідомої підтримки. На кожному етапі аналізуються підтримуючі та обмежувальні фактори. Використовуючи розглянуті методи, створено критерії оцінки якості роботи медичного персоналу в системі професійного розвитку кадрів системи ЕМД.

На основі даних, наведених на рисунку 3.5, необхідно створити критерії оцінки в рамках реалізації першого етапу. Щодо дослідження професійної здібності лікарів слід відзначити А. Борисюка, який під професійною якістю (мотивація, когнітивна, емоційна, координаційна здатність, комунікативні здібності) вважає професійну здатність лікаря. Н. Чепелева вважає професійними знаннями сукупність створених особистістю теоретичних і практичних навичок і пізнавального досвіду [16].



Рисунок 3.5 – Етапи впровадження інструментів оцінки якості роботи медичних працівників системи ЕМД

Джерело: згруповано автором за даними [1]

В. Вільям Вентрес наголошував на наступних етапах професійного становлення лікаря: професійні навички, вміння працювати лікарем, відповідальність за свої дії, клінічні знання та перебування у своєму професійному середовищі [7].

Таблиця 3.1 – Групи критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників

Група критеріїв	Критерій
Індикатори корпоративного розвитку	лікарська таємниця
	внутрішня культура поведінки
	надання високоякісних медичних послуг
	орієнтація на результат
Особистісно- поведінкові індикатори	доброзичливість
	субординація та взаємоповага
	відповідальність
	мотивація лікаря до медичної діяльності
	вимогливість до себе та довколишніх
	наполегливість
Фахові індикатори	дисциплінованість
	дотримання лікарем етичних стандартів поведінки при роботі з пацієнтом
	рівень знань лікаря
	ефективність прийняття лікарем рішень
	чітке виконання лікарем своїх обов'язків згідно з визначеними протоколами
	проведення діагностичних та лікувальних процедур
	способи організації діяльності та взаємодії з іншими відділеннями при лікуванні

Джерело: згруповано автором за даними [47]

На основі напрацювань науковців сформовано основні критерії оцінки якості праці медичних працівників в розрізі трьох груп критеріїв за трьома основними напрямками, які стали основою для оцінювання.

Представлені в таблиці 3.1 складники, забезпечать формування комплексної оцінки якості роботи медичних працівників в розрізі показників корпоративного розвитку, особисто-поведінкових та фахових індикаторів. Для визначення вагомості критеріїв було сформовано експертну групу до складу якої увійшли професійні фахівці системи ЕМД.

Для визначення загального індексу якості роботи медичних працівників необхідною є розробка системи оцінок в розрізі кількісних та якісних показників. Запропоновано для кількісних показників обрати чотирьохвимірну шкалу оцінки: початковий (недостатній) рівень; перший (базовий) рівень; другий (достатній) рівень; третій (рівень професійності). Якісні показники запропоновано оцінювати через двовимірну шкалу, котра характеризує наявність або відсутність певної характеристики та конвертується у бали від 1 до 10.

Отже, загальний індекс оцінки якості роботи медичних працівників I_{AQ} запропоновано розрахувати, як комплексний показник, до складу якого входять три часткові показники:

- 1) I_K – частковий показник, що характеризує індикатори корпоративного розвитку;
- 2) I_{Pb} – частковий показник, що характеризує особистісно - поведінкові індикатори;
- 3) I_{Pf} – частковий показник, що характеризує фахові індикатори.

В таблиці 3.2 представлено характеристики, котрі будуть використані при проведенні оцінки.

В якості методичного інструментарію для проведення оцінки якості роботи медичних працівників I_{AQ} використаємо метод розрахунку середнього арифметичного, де отримані результати за всіма частковими індексами додаються, а потім діляться на кількість складових

Таблиця 3.2 - Оціночні характеристики часткових показників оцінки якості роботи медичних працівників

Назва та характеристика часткового показника	Вагомість показника, v	Кількісні оцінки показника (К) та його варіаційний інтервал			
		Початковий	Перший	Другий	Третій
I_K – частковий показник, що характеризує індикатори корпоративного розвитку	0-1	1-2	3-5	6-8	9-10
I_{Pb} – частковий показник, що характеризує особистісно - поведінкові індикатори	0-1				
I_{Pr} – частковий показник, що характеризує фахові індикатори	0-1				
Σ	1,0				

Джерело: розрахунки автора

. Проте, попередньо необхідно визначити вагомість кожного індикатора та його ймовірнісні обмеження. Зауважимо, що базовою вимогою щодо забезпечення проведення якісної оцінки є те, що загальному підсумку їх сума не повинна перевищувати 1,0. Кількісні оцінки досліджуваних показників обґрунтовано в розрізі чотирьох варіаційних інтервалів: початковий (недостатній) рівень; перший (базовий) рівень; другий (достатній) рівень; третій (рівень професійності). Даний розподіл є узагальненим для всіх часткових показників.

Для проведення оцінки якості роботи медичних працівників було проведено оцінку медичного персоналу системі ЕМД Сумської області - 40 осіб. Отримані середньозважені результати оцінок, представлено в таблиці 3.3. Дані критерії були розраховані за результатами перевірки скарг пацієнтів, а також аналізу річної діяльності лікарів.

Отримані результати свідчать про те, що показник корпоративного розвитку в розрізі всіх досліджуваних медичних працівників характеризується високим значенням. При цьому у складі найкращих показників визначено збереження лікарської таємниці. Найкращі оцінки отримали лікарі також за показником орієнтації на результат. Для фельдшерів вагомим показником

виявилась внутрішня культура поведінки. Однак в розрізі молодшого медичного персоналу визначено найнижчий рівень оцінок щодо орієнтації на результат.

Таблиця 3.3 – Результат оцінки якості роботи медичних працівників системи ЕМД у складі індикаторів корпоративного розвитку

Назва критерію	Результат (від 1 до 10)		
	Лікарі	Фельдшери	Молодший медичний персонал
лікарська таємниця	10	10	10
внутрішня культура поведінки	9	10	9
надання високоякісних медичних послуг	9	9	9
орієнтація на результат	10	9	8
Середнє значення	9,5	9,5	9,0

Джерело: розраховано автором

В розрізі визначення результативності часткового показника що характеризує особистісно - поведінкові індикатори, медичному персоналу було запропоновано надати власну оцінку в розрізі критеріїв, представлених в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Результат оцінки якості роботи медичних працівників системи ЕМД у складі критеріїв особистісно - поведінкових індикаторів

Назва критерію	Результат (від 1 до 10)		
	Лікарі	Фельдшери	Молодший медичний персонал
доброзичливість	10	10	10
субординація та взаємоповага	9	8	9
відповідальність	9	9	10
мотивація лікаря до медичної діяльності	10	10	10
вимогливість до себе та довколишніх	9	9	8
наполегливість	8	9	10
дисциплінованість	9	9	9
Середнє значення	9,1	9,1	9,4

Джерело: розраховано автором

Отримані результати в цілому позитивно характеризують блок особистісно-поведінкових індикаторів. Серед кращих результатів, слід визначити доброзичливість медичних працівників, мотивацію до медичної

діяльності. В розрізі лікарів високу оцінку визначено за критеріями відповідальності та наполегливості. За результатами аналізу встановлено, що найбільш проблемними є наступні критерії: критерій наполегливості - для лікарів; критерій субординація та взаємоповага – для фельдшерів; критерій вимогливість до себе та навколишніх – для молодшого медичного персоналу. У складі позитивних чинників слід відмітити високий рівень значень загального показника в розрізі досліджуваного блоку, значення якого є більшим за 9.

Для проведення оцінки за критеріями, котрі формують блок фахових індикаторів було залучено експертів. Отримані результати представлено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 - Результат оцінки якості роботи медичних працівників системи ЕМД у складі критеріїв фахових індикаторів

Назва критерію	Результат (від 1 до 10)		
	Лікарі	Фельдшери	Молодший медичний персонал
дотримання лікарем етичних стандартів поведінки при роботі з пацієнтом	10	10	10
рівень знань лікаря	9	9	9
ефективність прийняття лікарем рішень	8	9	8
чітке виконання лікарем своїх обов'язків згідно з визначеними протоколами	8	9	8
проведення діагностичних та лікувальних процедур	9	9	10
способи організації діяльності та взаємодії з іншими відділеннями при лікуванні	7	7	7
Середнє значення	8,5	8,8	8,7

Джерело: розраховано автором

Отримані результати, представлені в таблиці 3.5 свідчать про необхідність впровадження заходів орієнтованих на забезпечення координації між різними структурними підрозділами, адже даний показник здійснює прямий вплив на якість наданих медичних послуг та є найменшим з-поміж досліджуваних індикаторів. Серед позитивних характеристик слід відмітити високий рівень дотримання медичним персоналом етичних стандартів поведінки при роботі з пацієнтом та рівень знань лікарів. При цьому слід звернути увагу на розробку програм розвитку медичних працівників в кожному з досліджуваних лікувальних закладів. Потребують додаткової уваги й питання пов'язані з

прийняттям рішень в процесі надання медичних консультацій щодо подальшого лікування пацієнтів. Також в результаті оцінки було встановлено наявність фактів недотримання лікарями клінічних протоколів. Однак загальний результат в розрізі досліджуваного блоку має доволі високий результат, а саме 8,5 для лікарів; 8,8 для фельдшерів та 8,7 для молодшого медичного персоналу.

Результати розрахунку часткових показників, котрі характеризують індикатори корпоративного розвитку, особистісно - поведінкові індикатори та фахові індикатори свідчать про відсутність значних варіаційних розбіжностей в розрізі досліджуваних груп фахівців. Для реалізації наступного етапу необхідним є визначення вагомості кожного блоку індикаторів. Експертами обґрунтовано здійснення розподілу наступним чином: блок індикаторів корпоративного розвитку - 0,3; блок особистісно – поведінкових індикаторів - 0,3; блок фахових індикаторів – 0,4.

Згрупуємо отримані оціночні характеристики в розрізі досліджуваних блоків та їх вагомості та представимо в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 - Кількісні характеристики часткових показників загального індексу оцінки якості роботи медичних працівників

Назва та характеристика частково індексу	Вагомість індексу, v	Кількісна оцінка показника			Загальна оцінка		
		Лікарі	Фельдшери	Молодший медичний персонал	Лікарі	Фельдшери	Молодший медичний персонал
I _к – частковий показник, що характеризує індикатори корпоративного розвитку	0,3	9,5	9,5	9,0	2,9	2,9	2,7
I _{рб} – частковий показник, що характеризує особистісно - поведінкові індикатори	0,3	9,1	9,1	9,4	2,7	2,7	2,8
I _{рф} – частковий показник, що характеризує фахові індикатори	0,4	8,5	8,8	8,7	3,4	3,5	3,5
Σ	1,0				9,0	9,1	9,0

Джерело: розрахунки автора

Представлені в таблиці 3.6 дані є основою для розрахунку загального індексу оцінки якості роботи медичних працівників I_{AQ} , використовуючи наступну формулу.

$$I_{AQ} = \frac{I_K + I_{Pb} + I_{Pr}}{3}, \quad (3.1)$$

де, I_{AQ} - загальний індекс оцінки якості роботи медичних працівників;

$$I_K = K_1 \times v_1, \quad (3.2)$$

де, K_1 - кількісна оцінка часткового індексу I_K ,

v_1 - вагомість часткового індексу I_K

$$I_{Pb} = K_2 \times v_2, \quad (3.3)$$

де, K_2 - кількісна оцінка часткового індексу I_{Pb} ,

v_2 - вагомість часткового індексу I_{Pb}

$$I_{Pr} = K_3 \times v_3, \quad (3.4)$$

де, K_3 - кількісна оцінка часткового індексу I_{Pr} ,

v_3 - вагомість часткового індексу I_{Pr}

За результатами проведеного аналізу визначимо загальний індекс оцінки якості роботи медичних працівників системи ЕМД:

$$I_{AQ} = \frac{\sum 9.0 + 9.1 + 9.0}{3} \equiv 9.0 \quad (3.5)$$

Для формування шкали оціночних характеристик використає бальні обмеженні, котрі були запропоновані в якості результатів оцінки показників та представимо в таблиці 3.7. Реалізація розроблених інструментів оцінки дозволить визначити межі компетентностей медичного персоналу системи ЕМД.

Представлена в таблиці 3.7 шкала оцінок дозволяє визначити загальний рівень якості роботи медичних працівників.

Таблиця 3.7 - Шкала оцінки якості роботи медичних працівників системи ЕМД

Група	Розрахункове значення загального індексу оцінки якості роботи медичних працівників	Характеристика значення
Початковий (недостатній) рівень	Від 1 до 2	Рівень знань і навичок вкрай низький і не відповідає встановленим вимогам до якості
Перший (базовий) рівень	Від 3 до 5	Рівень знань і навичок недостатній, мінімально відповідає встановленим вимогам до якості
Другий (достатній) рівень	Від 6 до 8	Рівень знань і навичок задовільний, за більшістю напрямів відповідає встановленим вимогам до якості
Третій (рівень професійності)	Від 9 до 10	Рівень знань і навичок, що повністю відповідає встановленим вимогам до якості

Джерело: згруповано автором за даними

За результатами проведеного дослідження медичний персонал системи ЕМД отримав значення, котре характеризує рівень знань і навичок, що повністю відповідає встановленим вимогам до якості.

2.3 Впровадження інструментів кадрової логістики в систему екстреної медичної допомоги

Окремим аспектом державного регулювання системи ЕМД є система управління кадрами, котра формується як система планів, положень, стандартів, організаційних, управлінських, соціальних, фінансових та інших заходів, реалізація яких дозволить вирішити кадрові питання з позиції організацій, та задовольнити потреби медичних працівників, з позиції працівників. При реалізації кадрової політики можна враховувати економічну реальність і робити інший вибір. Тому її вибір пов'язаний з рішенням про головну мету, а також з вибором методів, способів і пріоритетів [10, С. 13]. Серед ключових напрямів діючої державної політики, котрі потребують удосконалення, в сфері кадрового

забезпечення слід виділити: політику навчання, політику оплати праці, політику взаємовідносин в організації та політику добробуту (рисунки 3.6).



Рисунок 3.6 – Діючі механізми управління системи ЕМД

Джерело: [12; 13]

Сучасні умови функціонування системи ЕМД вимагають створення та розвитку ефективної системи кадрового забезпечення. Система підвищення ефективності роботи працівників спрямована на створення умов, які підвищують мотивацію працівників, якість роботи та задоволеність роботою. Механізм управління політикою кадрового забезпечення є одним із напрямів політики державних службовців у сфері охорони здоров'я, а тому формування таких працівників виконує стратегічні та операційні цілі розвитку галузі, має на меті підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Керівний принцип механізму управління політикою навчання полягає в тому, щоб забезпечити працівників усіма навчальними матеріалами та процедурами, необхідними для постійного підвищення ефективності їх роботи. Політика освіти та професійного розвитку дозволяє забезпечити безперервну

освіту для всіх рівнів персоналу в медичних центрах або спеціальних навчальних центрах та університетах. Необхідність навчання, спрямованого на підвищення кваліфікації, в основному пов'язана з високим рівнем науково-технічного розвитку сфери надання медичних послуг [2, с. 65].

Провідним механізмом у політиці оплати праці є забезпечення відповідної заробітної плати згідно до рівня освіти, досвіду та кваліфікації працівника. Для формування конкурентної заробітної плати медичних працівників необхідно враховувати складність та базові умови виконуваної роботи, досвіду та кваліфікаційних характеристик працівника, результативності виконання поставлених завдань, ефективності функціонування галузі [12].

Щодо формування механізму управління політикою виробничих відносин, необхідно зазначити про важливість розробки дієвого стилю управління, досягнення взаємодії у відносинах з профспілками та досягти результативності у вирішенні проблем, з якими стикаються лікувальні заклади сфери охорони здоров'я [13].

В частині формування низки процедур у складі механізму управління політикою добробуту необхідно виокремити такі: допомога у зв'язку з хворобою та непрацездатністю та пенсії; надання медичних послуг та оздоровчих путівок; виділення автомобілів або будинків; покращувати корпоративну культуру; допомогти вирішити особисті проблеми тощо [14].

Процес управління персоналом у загальному вигляді – це сукупність форм і способів реалізації процесів у кадровому забезпеченні, що дає змогу вирішувати завдання формування персоналу системи ЕМД. Ініціативи підтримки співробітників перетворюються на конкретні процеси співробітників, тобто організована трудова діяльність. Ці етапи включають: планування та прогнозування потреби в персоналі; підбір і набір персоналу; розвиток і навчання персоналу; управління та оцінка персоналу [15, с. 27].

Етап планування кадрового забезпечення є важливим складником управління персоналом системи ЕМД. На цьому етапі вирішується завдання забезпечення необхідної кількості та якості працівників та їх найбільш ефективного використання. Планування людських ресурсів спрямоване на

вирішення мети забезпечення галузі охорони здоров'я необхідними кадрами та мотивацією для досягнення поставлених цілей [9, с. 12].

Перший етап кадрового планування - це аналіз і оцінка ситуації на основі характеристик завдання роботи, переліку завдань, витрат часу, характеру роботи, системи оплати праці, відповідності робочого місця та інших завдань. Другий етап кадрового планування — прогноз потреби в персоналі, ресурсів для задоволення цих потреб, потреби в кваліфікації, перепідготовці та вдосконаленні наявного персоналу, прогноз можливих витрати [2, с. 35].

Визначення фактичної потреби в кадрах є основою ефективної системи державного регулювання кадрового забезпечення. Важливу роль відіграє етап відбору та найму працівників, оскільки на цьому етапі важливо точно визначити потреби працівників та критерії відбору, які можуть вплинути на роботу всієї кадрової системи. Етап розвитку і навчання персоналу є важливою частиною управління персоналом і являє собою комплекс організаційних і фінансових заходів у сфері підготовки, кваліфікації та підвищення кваліфікації персоналу [5, с. 31].

Етап моніторингу та оцінки є завершальним і дає можливість оцінити та, за необхідності, змінити існуючу систему підтримки персоналу в лікувальному закладі. Забезпечення процесу контролю та оцінки передбачає впровадження процесу порівняння результатів виконання конкретної роботи з цілями, котрі були визначені для окремого лікувального закладу. Важливо відзначити, що система управління персоналом повинна бути науково і методично правильною. Кращих результатів в розрізі виконання даних заходів можна досягти в рамках функціонування відділу кадрів [10, с.25].

Головними факторами успішного надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) постраждалим при надзвичайних ситуаціях (НС) є високий професіоналізм і ефективна робота колективу служб ЕМД. Якість трудових ресурсів - одна з найважливіших сфер створення професійних переваг. Величезний внесок у вдосконалення формування і використання кадрів робить логістика. Логістика як концепція базується на залученні окремих елементів

кадрового менеджменту до загального процесу управління наданням ЕМД, суттєвою частиною якого є система охорони праці.

Логістика ЕМД — інтегральний інструмент менеджменту, що сприяє досягненню стратегічних, тактичних та оперативних цілей служб ЕМД за рахунок ефективного (з точки зору мінімізації загальних витрат і при високій ефективності надання ЕМД) управління ресурсними потоками, а також супутніми їм потоками інформації і фінансів. З позицій логістичного менеджменту кадри служб ЕМД потрібно класифікувати як фахово підготовлений персонал, здатний із високою відповідальністю та ефективністю виконувати виробничі функції. В умовах НС одним із вирішальних факторів ефективності системи ЕМД є забезпечення високої якості її кадрового потенціалу. Як будь-який інший вид ресурсів, кадри повинні потрапляти в логістичні системи (прийматися на роботу), розвиватися і використовуватися в них (виконувати свої посадові обов'язки, навчатися, переміщатися на інші посади) і виходити за їх межі (звільнятися).

Важливим моментом кадрової логістики ЕМД є збереження життя, працездатності, фізичного та психічного здоров'я осіб, які надають ЕМД постраждалим у НС на засадах суворого виконання вимог охорони праці. Таким чином, логістика повинна забезпечити оптимальний баланс між вхідними і вихідними кадровими потоками з тим, щоб кадровий потенціал служб ЕМД покращувався відповідно до розвитку процесу організації та надання ЕМД. В умовах НС перед службами ЕМД постають завдання, вирішення яких неможливе на концептуальних засадах застарілої парадигми.

Сучасний кадровий менеджмент формується на перетині низки наук: теорії й організації управління, психології, соціології, конфліктології, етики, охорони та економіки праці, трудового права, політології тощо. У загальному випадку кадрова логістика виступає складовою частиною логістики ресурсів служб ЕМД. Якщо в розрізі системного підходу розглядати служби ЕМД як об'єкти логістичної дії, то управління ними вимагає виконання роботи з матеріальними, інформаційними, кадровими і фінансовими потоками. У такому випадку весь ресурсний потенціал служб ЕМД (матеріальний, фінансовий, інформаційний,

кадровий, іміджевий тощо) необхідно визначити в динаміці розвитку, тобто в кожен фіксований момент часу кожна окрема служба ЕМД буде представлена сукупним запасом ресурсів.

Таким чином, логістика як сукупність алгоритмів і технологій може розглядатися в системі координат трьох і більше вимірів, що відбивають основні напрями й утворюють головні складові логістичної діяльності. На основі вищевикладеного необхідно визначити основну мету кадрової логістики ЕМД: забезпечити служби ЕМД потрібними кадрами необхідної кваліфікації в потрібний час (враховуючи потребу в людських ресурсах на даний момент і на перспективу), у необхідній кількості і в потрібному місці (для виконання конкретних робіт) з оптимальними витратами.

Тобто управління кадровою логістикою ЕМД — це системна, планомірно організована дія на процеси формування, розподілу, перерозподілу кадрів служб ЕМД, спрямована на створення умов для використання трудових якостей працівників із метою забезпечення ефективного функціонування служб ЕМД і всебічного розвитку його кадрів. Кадрова логістика вибудовується на основі завдань ЕМД, які визначають цінності, цільові орієнтири, переконання і принципи, відповідно до яких служби ЕМД здійснюють свою діяльність. На практиці програму впровадження логістичної кадрової системи в службах ЕМД необхідно представити послідовністю етапів (рисунок 3.7) та заходів (таблиці 3.8).

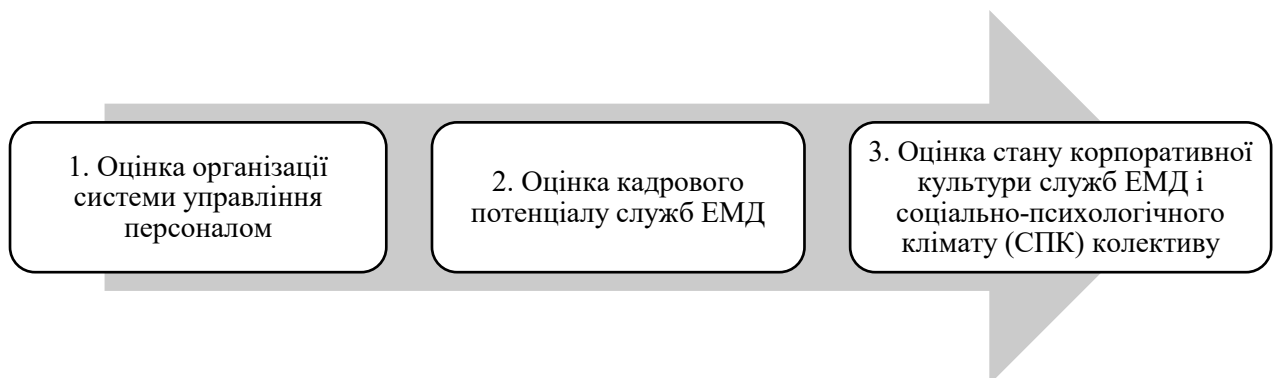


Рисунок 3.7 – Алгоритм впровадження логістичної кадрової системи в службах ЕМД

Джерело: розробка автора

Робота з організації кадрової логістики ЕМД вимагає системного погляду на кадровий ресурс служб ЕМД і аналітичного підходу при підготовці кадрових переміщень. Системний підхід у логістиці — це комплексне вивчення явищ і об'єктів як цілісних логістичних систем із метою ліквідації невідповідностей між інтересами й цілями всієї логістичної системи і її окремих елементів, між різними логістичними системами, між логістичною системою і зовнішнім середовищем.

Таблиця 3.8 – Система заходів впровадження логістичної кадрової системи в службах ЕМД

№	Характеристика заходів
<i>1. Оцінка організації системи управління персоналом</i>	
1.1	Оцінка принципів реальної кадрової політики, їх відповідності цілям і напрямкам стратегії подальшого розвитку служб ЕМД
1.2	Оцінка реального стану і статусу кадрової служби
1.3	Аналіз організаційної структури кадрової служби і схем функціональної взаємодії з іншими підрозділами служб ЕМД
1.4	Аналіз технологічних схем виконання основних кадрових заходів (підбору, адаптації, оцінки й атестації, мотивації, навчання персоналу, формування корпоративної культури, ведення кадрового обліку тощо).
1.5	Аналіз кадрових документів, внутрішніх нормативних актів, наказів і розпоряджень
1.6	Оцінка правової ефективності кадрових рішень
1.7	Оцінка економічної і соціальної ефективності системи управління персоналом
<i>2. Оцінка кадрового потенціалу служб ЕМД</i>	
2.1	Аналіз структури і чисельності кадрового складу
2.2	Аналіз використання робочого часу
2.3	Діагностика управлінського потенціалу (професійна і психологічна готовність керівників до реалізації цілей служб ЕМД)
2.4	Діагностика кваліфікаційного потенціалу (відповідність рівня професійних знань і навичок вимогам посади); діагностика особистого потенціалу (психологічна характеристика особи)
2.5	Діагностика групового потенціалу (соціально-психологічна характеристика групи).
<i>3. Оцінка стану корпоративної культури служб ЕМД і соціально-психологічного клімату (СПК) колективу</i>	
3.1	Оцінка СПК, виявлення ступеня задоволеності працівників різними аспектами праці (умовами роботи, заробітною платою, станом охорони праці, стосунками в колективі, відносинами з керівництвом тощо).
3.2	Оцінка групової згуртованості і психологічної сумісності, визначення угруповань і неформальних лідерів у малих групах; аналіз причин соціально-психологічної напруженості й організаційних конфліктів

Джерело: згруповано автором

Таким чином, організація кадрової логістичної системи управління дозволяє службам ЕМД визначити якість кадрового ресурсу у зв'язку з

реалізацією його основних цілей і завдань, а також виявити відмінності між співробітниками у способах реалізації медико-лікарняних технологій із надання ЕМД постраждалим у НС стосовно прийому, обробки, зберігання й передачі інформації; оцінити СПК і дати науково обґрунтовані рекомендації з оптимізації міжособистісних дистанцій; визначити колективне сприйняття СПК в службах ЕМД, сформувавши рекомендації з підвищення кваліфікації кадрів; створити професійний резерв якісних трудових ресурсів, здатних фахово реалізувати стратегічні, тактичні та оперативні можливості служб ЕМД.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі запропоновано вирішення актуальної наукової проблеми щодо удосконалення державної політики в сфері кадрового забезпечення системи ЕМД шляхом обґрунтування комплексу теоретичних і методологічних положень та практичних рекомендацій.

Висновки і результати, одержані у процесі наукового дослідження, можуть бути зведені до наступного:

1. Встановлено, що особливий рівень управління щодо формування кадрового потенціалу системи ЕМД - це лікарі та молодший медичний персонал. Оскільки медичні працівники є основним джерелом реалізації медичних послуг на всіх рівнях, основні елементи порядку реалізації державної політики щодо діяльності працівників створюються саме в цьому напрямку. Якість та ефективність системи охорони здоров'я значною мірою залежить від робочої сили. Дані аспекти визначають необхідність розробки єдиних правил в рамках реалізації державної політики щодо кадрового забезпечення галузі на національному рівні, котрі будуть виступати основою для розробки локальних правил та враховувати досягнуті результати реформування сфери охорони здоров'я.

2. Організаційно-правові засади політики кадрового забезпечення в сфері охорони здоров'я формує Конституція України, кодекси, Закони України та профільні підзаконні акти Міністерства охорони здоров'я України. МОЗ України в межах своїх повноважень може затверджувати положення МОЗ, які безпосередньо стосуються кадрової політики МОЗ відповідно до Конституції України та законів України. Крім того, законодавчо-правову базу складають правила та накази головного санітарного лікаря України. Проведений аналіз чітко показує, що безпосередньо суб'єкт системи МОЗ України зацікавлений у створенні законодавчої та правової бази державної політики в сфері кадрового забезпечення українських медичних працівників.

3. Підтверджено, що одним із важливих аспектів аналізу результативності державного регулювання системи ЕМД в Сумській області є

оцінка кадрового забезпечення. Штатний розпис регіональної інституції систем ЕМД в 2023 р. оптимізовано та затверджено у кількості 1518,75 штатних посади, з них 14 – лікарів-інтернів. При цьому загальна укомплектованість медичними працівниками КНП СОР «СОЦЕД та МК» в 2023 р. складала 89,3%, що є меншим за показник 2022 р. на 2,8%.

4. Визначено, що в загальній структурі виїздів системи ЕМД Сумської області, в досліджуваному періоді, спостерігається загальна тенденція щодо переважної частки викликів з приводу раптових захворювань в порівнянні з іншими видами звернень у наступному співвідношенні 83,4% та 16,6% у 2021 р.; 80,6% та 19,4% у 2022 р., 80,6% та 19,4% відповідно. Розглядаючи значення коефіцієнту приросту в 2023 р. в порівнянні з 2021 р., позитивна динаміка встановлена за показником частки безрезультатних виїздів та перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів і травмпунктів загальній структурі звернень. Так, у складі інших видів звернень, частка безрезультатних викликів складала в 2023 р. 5,1%, динаміка в порівнянні з 2021 р. характеризується зростання на 0,2 в.п. Частка виїздів до хронічних хворих зменшилась в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 1,1 в.п. і складала в 2023 р. 1,8%. Найменшою в загальній структурі звернень є частка звернень з приводу перевезення пацієнтів та породіль, котра складала в 2023 р. 1,5% та зросла в порівнянні з 2021 р. на 0,2 в.п.

5. Встановлено, що основою підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я, в рамках реалізації державної політики, є оцінка їх професійних навичок, яка має здійснюватися на основі впровадження моделі компетентностей для певної посади. Запровадження означеного підходу дасть змогу реально оцінити потребу в освіті та кваліфікації медичного персоналу.

6. Сформовано алгоритм впровадження системи підвищення кваліфікації медичних працівників в рамках діяльності УОЗ СМР. Розроблено методичний підхід, котрий дозволить оцінити якість роботи медичного персоналу, як окремого лікувального закладу, так і в розрізі лікарських спеціалізацій. Розрахунками підтверджено, що лікувальні заклади, що знаходяться в підпорядкуванні УОЗ СОР отримала значення, котре характеризує рівень знань і навичок, що повністю відповідає встановленим вимогам до якості.

7. Обґрунтовано, що управління кадровою логістикою ЕМД - це системна, планомірно організована дія на процеси формування, розподілу, перерозподілу кадрів служб ЕМД, спрямована на створення умов для використання трудових якостей працівників із метою забезпечення ефективного функціонування служб ЕМД і всебічного розвитку його кадрів. Кадрова логістика вибудовується на основі завдань ЕМД, які визначають цінності, цільові орієнтири, переконання і принципи, відповідно до яких служби ЕМД здійснюють свою діяльність..

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Пасмор М. С. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі. *Соціальна економіка* 2017. №1. С. 92-95.
2. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку: наук. доп./авт. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К.О. Ващенко, Ю.П. Сурмін та ін.; за заг. ред. д-ра наук з держ. у пр., проф. Ю.В. Ковбасюка, д-ра політ. наук, проф. К.О. Ващенко, д-ра соц. наук, проф. Ю.П. Сурміна. К.: НАДУ, 2012. 72 с.
3. Дьомін О., Леліков Е., Сороко В. Державна кадрова політика: система роботи з кадрами. *Вісник державної служби України*. 2001. №2. С. 65-84.
4. Оболенський О.Ю. Державна служба: навч. посіб. К.: КНЕУ, 2003. 344 с.
5. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. 96 с.
6. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
7. Білинська М. М., Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
8. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб. Кер. авт. кол. І.М. Солоненко, Л.І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ, 2004. 116 с.
9. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. К.: НІСД, 2012. 35 с.
10. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2019. Вип. 1(1). С. 73-79.
11. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. 133 с. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf> (дата звернення: 25.10.2024).

12. Стратегія державної кадрової політики на 2012-2020 рр. : Указ Президента України від 1 лютого 2012 року № 45/2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/45/2012> (дата звернення: 25.01.2023).
13. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF> (дата звернення: 25.10.2024).
14. Петрашик Ю. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2015. №3. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/3504> (дата звернення: 25.10.2024).
15. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Кривий Ріг : ДДУУ, Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.
16. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 20.11.2024).
17. Кодекс законів про працю України: Верховна рада УРСР від 10.12.1971 р. № 322-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
18. Про зайнятість населення: Закон України від 05.07.2012 № 5067-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5067-17#Text> (дата звернення: 20.11.2024).
19. Про колективні договори і угоди: Закон України від 01.07.1993 № № 3356-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3356-12#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
20. Про охорону праці: Закон України від 14.10.1992 № 2694-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text> (дата звернення: 20.11.2024).
21. Про відпустки: Закон України від 15.11.1996 № 504/96-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/504/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 20.11.2024).

22. Про оплату праці: Закон України від 24.03.1995 № 108/95-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 20.11.2024).
23. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 20.11.2024).
24. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення: 20.11.2024).
25. Деякі питання організації стажування лікарів-інтернів на базах стажування у 2020 році: Наказ МОЗ України від 21.07.2020 № 1655 URL: https://www.vnmu.edu.ua/downloads/other/nakaz_MOZ_1655.pdf (дата звернення: 30.11.2024).
26. Про проведення атестації здобувачів освіти за спеціальностями галузі знань: Наказ МОЗ України від 05.05.2020 № 1041 URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ32131> (дата звернення: 30.11.2024).
27. Деякі питання організації стажування лікарів-інтернів на базах стажування у 2021 році: Наказ МОЗ України від 16.03.2021 № 483 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0372-22#Text> (дата звернення: 30.11.2024).
28. Про затвердження Змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників: Наказ МОЗ України від 26.02.2021 № 366 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0366282-21#Text> (дата звернення: 30.11.2024).
29. Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу: Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 512 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0512282-11#Text> (дата звернення: 30.11.2024).
30. Про ліцензування медичної практики: Наказ МОЗ України від 26.02.2020 № 554 URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ31972> (дата звернення: 30.11.2022).

31. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 30.11.2022).
32. Електронна система охорони здоров'я в Україні URL: <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення: 14.10.2024).
33. Сабецька Т. І., Стефанишин Л. С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. Бізнес-навігатор. 2020. Вип. 1. С. 56-62.
34. Чорний О.В. Соціально-економічні аспекти формування та реалізації державної політики реформ у системі охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку пандемії в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 4 (27). С. 81–85. DOI: <https://doi.org/10.32836/2310-9653-2020-4.13>.
35. Чорний О.В. Особливості реформ у державній політиці охорони здоров'я в європейських країнах у трансформаційний період: історичні та соціально-економічні аспекти. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 3 (26). С. 78–82.
36. Mosadeghrad A. M. A Conceptual framework for quality of care. *Mat Soc Med*. 2012. 24(4): 251–261.
37. Smith S.C. Jr, Fonarow G.C., Piña I.L., Suter R., Morgan L., Taubert K., Sanchez E., Antman E. Improving Quality of Cardiac Care: A Global Mandate. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015 Nov, 68(11):924-7.
38. P.T. O'Gara, F.G. Kushner, D.D. Ascheim, D.E. Casey Jr., M.K. Chung, J.A. de Lemos, et al. ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.*, 2013. 127. pp.529-555.

ДОДАТКИ

Додаток А

Управління охорони здоров'я Сумської обласної військової адміністрації відповідно до визначених галузевих повноважень виконує такі завдання:

1) організовує:

- виконання Конституції і законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, наказів міністерств, інших центральних органів виконавчої влади та здійснює контроль за їх реалізацією;
- роботу з ведення діловодства та укомплектування, зберігання, обліку та використання архівних документів;
- проведення систематичного медичного обстеження (диспансеризації) осіб, які брали участь у ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи, евакуйованих та відселених із зон відчуження, а також тих, що проживають на радіаційно-забруднених територіях;
- правове виховання працівників сфери охорони здоров'я, ознайомлює із законодавством про охорону здоров'я;
- у межах своїх повноважень планування і контроль виконання заходів цивільного захисту населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій техногенного, природного та військового характеру;
- медико-санітарне забезпечення під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;

2) забезпечує у межах своїх повноважень:

- захист прав і законних інтересів фізичних та юридичних осіб;
- ефективне і цільове використання бюджетних коштів;
- здійснення заходів щодо запобігання і протидії корупції;
- доступ до публічної інформації, розпорядником якої він є;
- виконання завдань мобілізаційної підготовки, цивільного захисту населення, дотримання вимог законодавства з охорони праці, пожежної безпеки;
- реалізацію державної політики стосовно захисту інформації з обмеженим доступом;
- захист персональних даних;

- координацію та аналіз діяльності закладів охорони здоров'я області, утворених органами місцевого самоврядування;
- здійснення контролю за підтриманням належного санітарного та епідемічного стану, організовує пропаганду наукових медичних і гігієнічних знань серед населення;
- надання першого робочого місця випускникам вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації, які навчалися за державним замовленням;
- проведення профілактичних і лікувальних заходів, спрямованих на запобігання і зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення;
- у визначений законом строк розгляд звернень громадян та їх об'єднань, вживає заходів до усунення причин, що породжують скарги громадян про порушення їх прав і законних інтересів, здійснює контроль за цією роботою у закладах охорони здоров'я;
- організацію та проведення у порядку, встановленому законодавством України, процедур закупівлі лікарських засобів, витратних матеріалів та медичного обладнання з передачею їх до відповідних закладів охорони здоров'я області;

3) аналізує стан та тенденції соціально-економічного і культурного розвитку в галузі охорони здоров'я у межах області та вживає заходів щодо усунення недоліків;

4) бере участь у:

- підготовці пропозицій до проєктів програм соціально-економічного та культурного розвитку області;
- підготовці заходів щодо регіонального розвитку;
- погодженні проєктів нормативно-правових актів, розроблених іншими органами виконавчої влади;
- розробленні проєктів розпоряджень голови облдержадміністрації, проєктів нормативно-правових актів, головними розробниками яких є інші структурні підрозділи;

- підготовці звітів голови облдержадміністрації для їх розгляду на сесії обласної ради;
 - вирішенні відповідно до законодавства колективних трудових спорів (конфліктів);
 - агітації та пропаганді донорства крові та її компонентів;
 - виконанні загальнодержавних, регіональних, інших програм щодо запобігання і зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення;
 - разом з відповідними органами у вирішенні питань про визнання місцевості курортом, установлення меж округів і зон санітарної охорони курортів і визначення їх режиму;
- 5) вносить пропозиції щодо проєкту обласного бюджету;
- 6) розробляє проєкти розпоряджень голови облдержадміністрації, у визначених законом випадках – проєкти нормативно-правових актів з питань реалізації повноважень у галузі охорони здоров'я;
- 7) готує:
- самотійно або спільно з іншими структурними підрозділами облдержадміністрації інформаційні та аналітичні матеріали для подання голові облдержадміністрації;
 - проєкти угод, договорів, меморандумів, протоколів зустрічей делегацій і робочих груп у межах своїх повноважень;
 - пропозиції та забезпечує організацію виконання заходів щодо проведення реформування у сфері охорони здоров'я відповідно до поставлених завдань та після узгодження з Міністерством охорони здоров'я України подає їх на розгляд облдержадміністрації;
- 8) розглядає в установленому законодавством порядку звернення громадян;
- 9) опрацьовує запити і звернення народних депутатів України та депутатів відповідних місцевих рад;
- 10) постійно інформує населення про стан здійснення визначених законом повноважень;

11) контролює органи місцевого самоврядування та надає методичну допомогу з питань здійснення наданих їм законом повноважень органів виконавчої влади в галузі охорони здоров'я;

12) здійснює:

- повноваження, делеговані органами місцевого самоврядування;
- організаційне і методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я комунальної форми власності з питань надання лікувально-профілактичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення Дніпропетровської області;
- моніторинг та інформаційний супровід процесів реформування;
- фінансування закладів охорони здоров'я, що утримуються за рахунок бюджетних коштів, контролює ефективне використання ними фінансових, матеріальних та трудових ресурсів;
- у межах компетенції організаційно-методичне керівництво структурними підрозділами охорони здоров'я районних державних адміністрацій області, спрямовує їх діяльність на ефективну реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я в області та забезпечує контроль за їх діяльністю;
- організаційно-методичне керівництво, спрямовує їх діяльність на ефективну реалізацію державної політики у фармацевтичному секторі сфери охорони здоров'я в області та забезпечує контроль за їх діяльністю;
- організаційно-методичне керівництво, функціональне управління та контроль за діяльністю вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів, що належать до сфери його управління;
- на основі галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я контроль за якістю та обсягом надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я всіх форм власності та фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані в установленому порядку та одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики на території області;

- систематичний контроль за дотриманням актів законодавства з питань охорони здоров'я та санітарних правил керівниками закладів охорони здоров'я на території області незалежно від форми власності та підпорядкування;

13) сприяє у межах своєї компетенції:

- органам місцевого самоврядування у вирішенні питань соціально-економічного розвитку області;
- розвитку медичної науки і техніки, створює належні умови для впровадження у практику наукових досягнень, передового досвіду у сфері охорони здоров'я;
- реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я шляхом проведення відповідної громадської експертизи, налагодження діяльності громадських консультативних або наглядових рад, громадських організацій працівників охорони здоров'я та інших об'єднань громадян;
- вирішенню питань щодо фінансового забезпечення лікувальних заходів і робіт, пов'язаних з профілактикою захворюваності, спричиненої вживанням тютюнових виробів і впливом на здоров'я людей тютюнового диму;
- розвитку міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я;
- санаторно-курортному лікуванню інвалідів, ветеранів війни та праці, осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

14) вивчає стан здоров'я населення на території області, організовує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я та вживає інших заходів щодо запобігання і зниження захворюваності та втрати працездатності, а також збільшення тривалості життя людей;

15) у встановленому законодавством порядку та відповідно до визначених термінів надає до Міністерства охорони здоров'я України необхідну інформацію, документи та матеріали;

16) визначає потребу у лікарських засобах та виробках медичного призначення, медичному обладнанні, будівельних матеріалах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту;

17) проводить у встановленому Кабінетом Міністрів України порядку державну акредитацію закладів охорони здоров'я;

18) вносить пропозиції голові облдержадміністрації щодо закупівлі товарів, робіт і послуг у сфері охорони здоров'я для місцевих потреб за рахунок коштів місцевих бюджетів та інших джерел фінансування;

19) вживає заходів щодо:

- збереження мережі закладів охорони здоров'я, розробляє прогнози її розвитку, враховує їх під час розроблення проєктів програм соціально-економічного розвитку області;
- реалізації міжнародних програм з питань організації охорони здоров'я на території Дніпропетровської області;

20) проводить моніторинг, аналіз громадської думки щодо якості та доступності медичного обслуговування населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, забезпечує підготовку пропозицій для врахування зазначеної інформації під час формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

21) прогнозує потребу закладів охорони здоров'я на території області у фахівцях різних спеціальностей для сфери охорони здоров'я, формує замовлення на підготовку, перепідготовку та атестацію працівників охорони здоров'я;

22) проводить роботу, пов'язану з розробленням та здійсненням заходів щодо медичного обслуговування біженців, а також депортованих осіб, які добровільно повертаються до регіонів їх колишнього проживання;

23) спільно з підрозділами облдержадміністрації здійснює спостереження та збір відомостей про поширеність вживання тютюнових виробів на території області, бере участь у проведенні запобіжних та профілактичних заходів для обмеження вживання тютюнових виробів серед населення, його захисту, насамперед дітей та молоді, від шкідливого впливу на їх здоров'я;

24) інформує населення області через засоби масової інформації про шкоду, якої завдає здоров'ю людини вживання тютюнових виробів, і про проведення запобіжних та профілактичних заходів;

25) розглядає питання та вносить відповідне подання Міністрові охорони здоров'я України щодо відзначення працівників закладів охорони здоров'я

області відомчими заохочувальними відзнаками Міністерства охорони здоров'я України, запроваджує інші форми заохочення їх праці;

26) виконує інші функції, пов'язані з реалізацією завдань, покладених на облдержадміністрацію у сфері охорони здоров'я;

27) здійснює інші передбачені законодавством України повноваження.