

В.В. Короленко¹, В.І. Степаненко², О.І. Хара³,
Р.М. Ісаєнко¹, О.І. Ременник¹, Т.П. Авраменко⁴,
К.І. Петрова⁵, О.П. Волосовець⁵,
В.В. Лазоришинець⁶

¹ Департамент охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

³ Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер

⁴ Національна академія державного управління при Президенті України, Київ

⁵ Міністерство охорони здоров'я України, Київ

⁶ Національна академія медичних наук України, Київ

Проблеми державного управління дерматовенерологічною службою у процесі реформування вітчизняної системи охорони здоров'я

Ключові слова

Державне управління, охорона здоров'я, реформа, дерматовенерологічна служба.

Система охорони здоров'я відіграє особливу роль у забезпеченні належного рівня життя. Здоров'я людини визнається у світі настільки важливим, що цей показник є першою складовою індексу людського розвитку — універсального визначника рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни. Система охорони здоров'я громадян, її модернізація та оптимізація — одні з найважливіших функцій сучасної української держави. Головною метою реформ у сфері охорони здоров'я України відповідно до Програми економічних реформ на 2010—2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості [6].

Важливе місце у процесі реформування системи охорони здоров'я належить оптимізації структури та функцій дерматовенерологічної служби. Відповідно до Закону України від 7 липня 2011 року № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» дерматологічна та венерологічна допо-

мога може надаватися на рівнях первинної (лікарі загальної практики — сімейної медицини), вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (лікарі-дерматовенерологи та лікарі-дерматовенерологи дитячі). Враховуючи, що Програмою економічних реформ на 2010—2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» передбачено перерозподіл фінансування на користь первинної медичної допомоги й профілактичної медицини, потрібно створити у процесі реформування таку структуру дерматовенерологічної служби, яка забезпечувала б оптимальне надання медичної допомоги населенню за профілем, а також, що надзвичайно важливо, запобігання дії загроз національній безпеці України, визначених пунктом 3.2.5 нової редакції Стратегії національної безпеки України (Указ Президента України від 8 червня 2012 року № 389/2012): «поширення соціальних хвороб, зокрема наркоманії, алкоголізму, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, епідемій, небезпечних інфекційних захворювань» [9]. Нагадаємо, що Законом України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII (зі змінами) «Основи законодавства

Таблиця 1. Забезпеченість охорони здоров'я медичними кадрами (система МОЗ України)

Показник	Рік			±
	2001	2008	2011	
Штатні посади, абс.	240 078	244 192,25	243 162,5	+ 3084
Забезпеченість штатними посадами на 10 тис. населення	48,96	53,13	53,5	+ 4,54%
Кількість лікарів — фізичних осіб	198 501	196 198	196 085	- 2416
Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення	40,48	42,69	43,14	+2,66%
Кількість лікарів у закладах охорони здоров'я, які займаються медичною практикою	130 003	123 128	123 283	- 6720
Забезпеченість лікарями-практиками на 10 тис. населення	26,9	26,8	27,1	+ 0,02
Розрив між штатними посадами і лікарями — фізичними особами, абс.	41 577,0	47 994,25	47 077,5	- 5500,5
Розрив між штатними і зайнятими посадами, абс.	13 914,65	17 778,25	22 754,5	- 8839,5
Коефіцієнт сумісництва	1,14	1,15	1,12	- 0,02
Особи пенсійного віку, %	18,83	22,9	25,15	+ 6,32
Співвідношення між кількістю лікарів та молодших медичних спеціалістів з медичною освітою	2,4	1,96	2,03	- 0,37

України про охорону здоров'я» до соціально небезпечних захворювань віднесено туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепру (хвороба Хансена), хронічний алкоголізм, наркоманію, а Закон України від 6 квітня 2000 року № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб» соціально небезпечними інфекційними хворобами визначив туберкульоз, інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, СНІД, лепру, тобто більшість нозологічних одиниць із цього переліку належить до компетенції дерматовенерологічної служби.

Мета роботи — розглянути проблему управління кадровими ресурсами дерматовенерологічної служби в умовах реформування сфери охорони здоров'я України з урахуванням реальної можливості розмежування надання дерматовенерологічної допомоги між постачальниками первинного рівня медичної допомоги (лікарями загальної практики — сімейної медицини) та постачальниками вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (лікарями-дерматовенерологами та лікарями-дерматовенерологами дитячими), також координування взаємодії між цими рівнями.

У дослідженні застосовано такі методи: абстрактно-логічний — для обґрунтування концепції кадрової політики у системі охорони здоров'я; компаративний аналіз — для порівняння тенденцій формування, використання та розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я між регіонами

України, спеціальностями, віковими когортами; системний аналіз — для комплексного вивчення кадрової політики у дерматовенерологічній службі та пошуку її проблемних питань.

Ефективне виконання державою своїх функцій неможливе без професійних кадрів, які є головним потенціалом країни. Дієва кадрова політика — один з потужних інструментів реформування, вона визначає місце і роль кадрів у суспільстві, мету, завдання, найважливіші напрями і принципи роботи державних структур з кадрами, головні критерії їх оцінки, шляхи удосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників, раціональне використання кадрового потенціалу України. Адже саме від наявності кадрів, їхнього професіоналізму насамперед залежать якість та своєчасність надання медичної допомоги. Тому вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є нагальною потребою та умовою успішного запровадження реформ [14, 15].

Крім того, медичні кадри розглядають як стратегічний капітал, і 70 % капіталовкладень в галузь охорони здоров'я у світі спрямовуються саме на кадрове забезпечення. Однак стан кадрового забезпечення вітчизняної галузі лишається складним і потребує дієвого удосконалення у процесі провадження реформ. Нині на перший план виходить потреба підготовки якісно нової генерації медиків. Знаменно, що необхідність такого підходу у вирішенні кадрового питання декларував ще в

1931 році засновник біоекономіки С.А. Томілін: «Безсумнівно, що часткові реформи у викладанні на медичних факультетах дещо розширили вузький горизонт терапевтичного мислення лікаря, але принаймні досі вони не змінили докорінно, якщо можна так висловитися, медичного світогляду лікаря, в центрі якого — терапія, а на далекій периферії — невиразні обриси профілактики. Соціальна обстановка життя вимагає зовсім іншого типу лікаря, в центрі прагнень якого була б профілактика, облямована терапією» [28].

На сьогодні вітчизняна галузь охорони здоров'я потребує креативних фахівців, які володіють сучасними лікувально-діагностичними технологіями, з розвиненим профілактичним світоглядом. Реформа охорони здоров'я передбачає реорганізацію первинної ланки до 2020 року з наданням пріоритету лікарям загальної практики — сімейної медицини та поступовою перепідготовкою дільничних терапевтів і педіатрів.

Завдання таких фахівців — забезпечити доступність для населення медичної допомоги на первинному рівні, де зосереджена основна маса пацієнтів, але не диспетчерські функції для вторинної ланки, оскільки таке спрощене розуміння завдань сімейної медицини може знівелювати саму суть реформування галузі [24, 26].

Як видно з табл. 1, головними проблемами кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні є:

1. Недостатнє кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я

1.1. Недостатня укомплектованість і забезпеченість медичними кадрами

За даними офіційної статистики МОЗ України, у 2011 році загальна кількість лікарів (усіх спеціальностей) становила 196 085 осіб, штатних лікарських посад — 24 3162,5. Показник укомплектованості лікарями становив 80,6 % [12], зокрема в обласних лікарнях — 84,5 %, у міських — 77,9 %, у центральних районних — 76,3 %, у дільничних — 72,8 %, в селищних лікарських амбулаторіях — 72,2 % [13].

Рівень забезпеченості лікарями по Україні, на перший погляд, достатньо високий — 43,2 на 10 тис. населення, що перевищує середньоєвропейський показник (33 на 10 тис. населення). Проте середньоєвропейський показник відображає забезпеченість лікарями-практиками, тоді як в Україні він включає також організаторів охорони здоров'я, методистів, санітарних лікарів та вчених, і лише 27,1 на 10 тис. — власне забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, що значно менше, ніж у Європі. Станом на 2011 рік в Україні не

вистачало 47,08 тис. лікарів (з них понад 6 тис. у сільській місцевості) [1], переважно в центральних, південних та східних регіонах країни.

Понад 24 тис. посад у лікувальних закладах зайняті за сумісництвом (коефіцієнт сумісництва 1,12) [4]. Дещо стримує критичну ситуацію те, що працюють лікарі-пенсіонери.

Протягом останніх трьох років у галузі спостерігається зростання плинності лікарських кадрів. Якщо у 2009 р. цей показник дорівнював 1,2 %, то у 2011 р. — 2,3 %. Незважаючи на таку негативну тенденцію, варто зауважити, що рівень природної плинності лікарських кадрів галузі не перевищує економічно обґрунтований розрахунковий показник (від 3 до 5 %).

Стабільно високою лишається плинність лікарів у Кіровоградській, Чернігівській, Житомирській, Херсонській, Миколаївській та Сумській областях.

Протягом останніх років зростання цього показника спостерігається у Чернігівській, Житомирській, Луганській, Миколаївській, Рівненській, Волинській, Донецькій областях та у м. Севастополі.

Загальна кількість лікарів-дерматовенерологів на кінець 2011 року становила 2820 осіб, штатних посад — 2951,75. Відсоток укомплектованості штатних посад лікарів-дерматовенерологів загалом по державі дорівнював 95,54, але має певні регіональні особливості.

1.2. Зростання кількості медичних працівників пенсійного віку

У системі охорони здоров'я України працює понад 111 тис. медичних працівників пенсійного віку (48,2 тис. лікарів та майже 68 тис. медичних сестер). І якщо питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів у 1998 році становила 18,5 %, то на початок 2011 року — 25,15 %. Ще приблизно 15 % лікарів передпенсійного віку.

Дуже гостра ця проблема в первинній ланці. Найбільший відсоток постаріння кадрів спостерігається у Севастополі (34,78 %), Донецькій (30,02 %), Київській (29,44 %), Херсонській (28,67 %), Чернігівській (28,44 %), Луганській (28,36 %), Миколаївській (28,26 %), Дніпропетровській (27,78 %), Кіровоградській (28,49 %), Черкаській (31,5 %), Чернігівській (28,44 %) областях та АР Крим (27,66 %) [4].

Особливе занепокоєння у питанні кадрового забезпечення викликають Миколаївська, Херсонська та Кіровоградська області, де доволі високий відсоток лікарів пенсійного віку спостерігається поряд з найнижчою забезпеченістю кадрами.

Як свідчить аналіз вікового розподілу лікарів-дерматовенерологів, постаріння кадрів значною мірою торкнулося цього фаху (рис. 1).

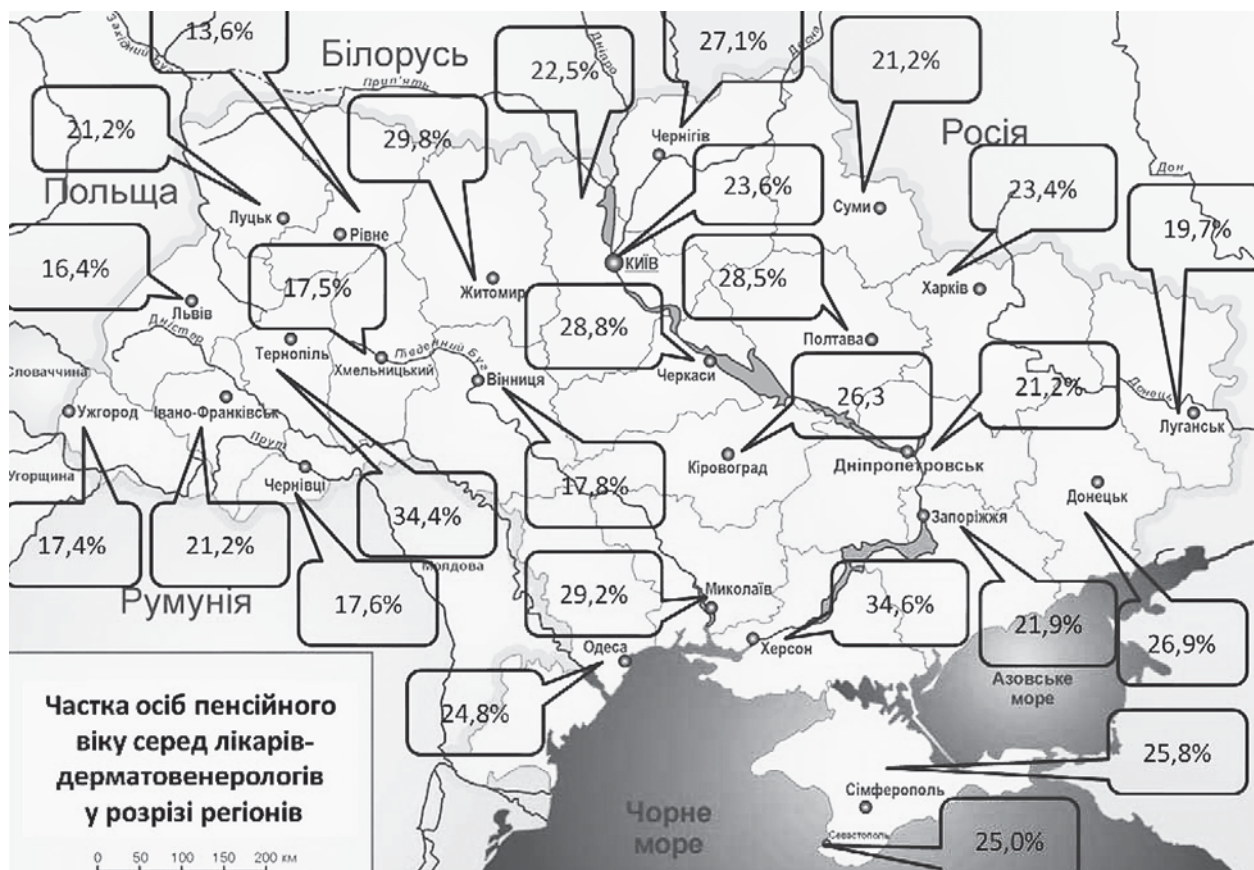


Рис. 1. Постаріння кадрового потенціалу лікарів-дерматовенерологів (за даними МОЗ України на 01.01.2012), %

У середньому по Україні частка осіб пенсійного віку серед дерматовенерологів наприкінці 2011 року перевищила 23 %.

Найбільше лікарів пенсійного віку в АР Крим (25,8 %), м. Севастополі (25,0 %), Одеській (24,8 %), Донецькій (26,9 %), Кіровоградській (26,3 %), Полтавській (28,5 %), Житомирській (29,8 %), Чернігівській (27,1 %), Черкаській (28,8 %), Тернопільській (34,4 %), Миколаївській (29,2 %) та Херсонській (34,6 %) областях. За таких показників благополуччя і навіть перенасичення ринку медичного персоналу лікарями-дерматовенерологами виявляються удаваними і, враховуючи постійний відтік молодих лікарів у сферу косметологічних послуг, фармацевтичного бізнесу та інші галузі, ситуація загрожує кадровим дефіцитом, особливо в районних та міських лікарнях, віддалених від обласних центрів.

2. Диспропорційність кадрового забезпечення

2.1. Галузева диспропорція

Недостатнє кадрове забезпечення медичної галузі позначається на внутрішньогалузевій структурі кадрового забезпечення, яка характеризується зростанням кількості спеціалістів популярних

спеціалізацій (акушер-гінеколог, хірург, офтальмолог, оториноларинголог, уролог, дерматовенеролог тощо) та зменшенням (у деяких регіонах критичним) кількості лікарів, які працюють у первинній ланці. Співвідношення кількості лікарів загальної практики – сімейної медицини до кількості хірургів по Україні в середньому становить 0,18 до 0,62 (на 1000 населення). У медичній сфері на сьогодні працюють 9537 лікарів загальної практики – сімейної медицини (в пілотних регіонах – 1704), 6268 дільничних лікарів-терапевтів (у пілотних регіонах – 1802) та 4777 дільничних лікарів-педіатрів (у пілотних регіонах – 1186). На сьогодні потреба в лікарях за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» з урахуванням оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів первинної ланки становить 32 978 осіб (у пілотних регіонах – 8457 осіб) [13]. Від нестачі кадрів поряд з потребами служби первинної ланки потерпають невідкладна допомога, педіатрична та фізіотрична служба, рентгенологічна служба, патологоанатомічна та лабораторна служби [12, 25].

Аналіз статистичної інформації МОЗ України, департаментів та управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Київської і



Рис. 2. Регіональна диспропорція забезпеченості лікарями-дерматовенерологами (1 посада : кількість населення) (за даними МОЗ України на 01.01.2012)

Севастопольської міських держадміністрацій вказує, що дефіцит лікарських кадрів у закладах усіх рівнів реєструється за такими спеціальностями: «Загальна практика – сімейна медицина» (укомплектованість у середньому становить 73 %, «Онкологія» (63 %), «Фтизіатрія» (70 %), «Терапія» (74 %), «Педіатрія» (75 %) [5].

2.2. Регіональна диспропорція (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями)

За даними статистики, в Україні ступінь регіональної диспропорції високий: відношення найвищої щільності лікарів до найнижчої по регіонах становить 8,4 (в Києві) до 3,6 (у Кіровоградській і Херсонській областях) [25]. Укомплектованість лікарями первинної ланки найнижча в Херсонській (57,2 %) та Кіровоградській (66,1 %) областях, найвища – в Івано-Франківській (92 %), Чернівецькій (93,1 %) і Тернопільській (90,3 %) (а не в пілотних регіонах, де, незважаючи на цільове фінансування, укомплектованість кадрами первинної ланки становить у середньому 80 %) [22]. Крім того, майже в усіх регіонах України, зокрема і в пілотних, є заклади сімейної медицини (сімейні амбулаторії), в яких

немає жодного лікаря, у Дніпропетровській області їх 30, у Донецькій – 11, у Житомирській – 37 [22]. Найгірша ситуація із забезпеченням медсестрами в Києві, а лікарями – на Донеччині.

Приблизно така ж динаміка спостерігається і щодо укомплектованості дерматовенерологами. Найнижчий показник у Севастополі (87,2 %), Миколаївській (88,0 %), Сумській (86,0 %), Чернігівській (89,6 %), Херсонській (90,3 %) та Кіровоградській (90,9 %) областях, а найвищий у Закарпатській (97,6 %), Івано-Франківській (98,9 %), Львівській (99,4 %), Чернівецькій (97,9 %) областях.

На рис. 2 та 3 відображено регіональну диспропорцію забезпеченості лікарями-дерматовенерологами (1 посада : кількість населення) та укомплектованості штатних посад (%). Як бачимо, в низці регіонів (Закарпатська, Хмельницька, Тернопільська, Вінницька, Херсонська області) забезпеченість лікарями доволі низька і наближається до аналогічних показників деяких середньоазійських країн, в яких дерматовенерологічна служба зазнала після розпаду Радянського Союзу негативних змін, що супроводжувалося зростанням поширеності соціально небезпечних інфекційних захворювань, насамперед сифілісу.



Рис. 3. Регіональна диспропорція укомплектованості штатних посад лікарів-дерматовенерологів (за даними МОЗ України на 01.01.2012), %

3. Проблеми підвищення рівня кваліфікації медичних кадрів

Рівень кваліфікації — складний показник у кадровому забезпеченні вітчизняної сфери охорони здоров'я, що має як об'єктивну (якість освіти), так і суб'єктивну складові (зацікавленість медичних працівників у підвищенні рівня своєї кваліфікації). В Україні недостатній рівень обох цих складових.

Вітчизняні та міжнародні експерти вказують на проблемні питання щодо якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України, що виявляється [24]:

- збільшенням кількості кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я, за рахунок міжгалузевої та трудової міграції (щороку з України за кордон виїжджають понад 6 тис. медиків, зокрема і молодший медичний персонал з медичною освітою [21, 29, 30]);

- недостатнім рівнем практичної підготовки молодих спеціалістів, що констатують і фахівці, і менеджери охорони здоров'я [10, 19], і пересічні громадяни [8, 9].

- недосконалими механізмами контролю за процесом працевлаштування випускників вищих

медичних навчальних закладів, які навчалися за державним замовленням, та відсутність механізму відшкодування коштів у разі, коли молоді спеціалісти не прибувають за місцем призначення.

На сьогодні, згідно із Законом України «Про вищу освіту», постановою Кабінету Міністрів України «Про Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» від 22 серпня 1996 року № 992 та наказом МОЗ України від 25 грудня 1997 року № 367 «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням», випускник вузу має відпрацювати три роки за направленням.

Ще в 1996 році Міністерству фінансів разом з Міністерством освіти, Міністерством економіки, Міністерством юстиції та Національним банком було доручено розробити і затвердити Порядок визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними умов угоди про працевлаштування. Проте дотепер його не затверджено [19]. Це ускладнює реалізацію повною мірою процесу забезпечення регіонів лікарями.

За практично стовідсоткового розподілу випускників вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за державним замовленням, в областях півдня та сходу спостерігаються високі показники плинності спеціалістів, передусім у первинній ланці та сільській місцевості.

Для поліпшення кадрового забезпечення у пілотних регіонах за участі вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти пріоритетними є:

- обґрунтоване прогнозування обсягів підготовки, підвищення кваліфікації та перепідготовки лікарів загальної практики — сімейних лікарів та пріоритетне забезпечення цими кадрами закладів охорони здоров'я у сільській місцевості;

- виконання загальнодержавного Перспективного плану підготовки та перепідготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина» на період до 2015 року: 7291 спеціаліст — для непілотних областей та 4262 — для пілотних (разом 11 553);

- подальша підготовка ефективних менеджерів у сфері охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України лише в 2012 році з метою першочергового кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я необхідною кількістю лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина» збільшило державне замовлення на підготовку лікарів за спеціальністю «Лікувальна справа» до 3500 осіб.

На вимогу Рахункової палати України у 2012 році вперше обсяги державного замовлення було визначено на підставі рішення конкурсної комісії МОЗ України, яка вивчала кадрову ситуацію у регіонах.

За результатами засідання конкурсної комісії з керівниками вищих навчальних закладів МОЗ України було укладено угоди про виконання державного замовлення на підготовку фахівців за напрямками підготовки за спеціальностями відповідних освітньо-кваліфікаційних рівнів.

З огляду на граничні обсяги фінансування МОЗ України збільшення державного замовлення на підготовку лікарів за спеціальністю «Лікувальна справа» було здійснено за рахунок скорочення підготовки лікарів-педіатрів з 1000 осіб (2011 рік) до 788 осіб (2012 рік) та лікарів за спеціальністю «Медико-профілактична справа» з 600 осіб (2011 рік) до 200 осіб (2012 рік), що пов'язано з реформуванням санітарно-епідеміологічної служби в Україні.

З метою кадрового забезпечення первинної ланки запроваджено цикли спеціалізації з фаху «Загальна практика — сімейна медицина» для перепідготовки дільничних терапевтів та педіат-

рів за очно-заочною формою навчання з використанням дистанційних методів, зокрема і через мережу Інтернет.

Головними причинами ситуації, що склалася з кадровим забезпеченням у сфері охорони здоров'я, є соціально-економічні умови праці медичних працівників.

МОЗ України вже кілька разів зверталася до керівників областей з метою розроблення регіональних програм «місцевих стимулів» щодо соціального захисту медичних працівників, особливо молодих спеціалістів.

Так, за даними МОЗ України, лише для покриття природної плинності щороку потрібно майже 7,7 тис. лікарів.

У табл. 2 наведено розподіл атестованих лікарів-дерматовенерологів у регіонах.

4. Нормативно-правове забезпечення кадрової політики галузі та створення мотиваційних стимулів для персоналу

Питання кадрової політики у сфері охорони здоров'я унормовано низкою нормативно-правових документів, серед яких головними є:

- Закон України від 19.11.1992 № 2802-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;

- Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000 «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України»;

- наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я»;

- наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117 «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я»;

- наказ МОЗ України від 23.11.2007 № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою»;

- наказ МОЗ України від 06.07.2005 № 333 «Про внесення змін до Номенклатури лікарських спеціальностей»;

- наказ МОЗ України від 19.05.2003 № 221 «Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів»;

- наказ МОЗ та АМН України від 12.09.2008 № 522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні»;

- наказ МОЗ України 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»;

- наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 512 «Про затвердження Методичних рекомендацій з

Таблиця 2. Кількість лікарів-дерматовенерологів, які мають кваліфікаційну категорію (за даними МОЗ України на 01.01.2012)

Розріз	Разом лікарів-дерматовенерологів	У тому числі на основній роботі у закладі підготовки кадрів, НДЦ, органах управління	Із загальної кількості лікарів мають кваліфікаційну категорію			Питома вага атестованих
			вищу	I	II	
Україна	3399,0	287,0	1 289,0	843,0	483,0	76,9
Автономна Республіка Крим	145,0	19,0	27,0	56,0	18,0	69,7
Вінницька	110,0	13,0	58,0	17,0	9,0	76,4
Волинська	61,0	3,0	18,0	17,0	12,0	77,0
Дніпропетровська	242,0	18,0	75,0	98,0	29,0	83,5
Донецька	332,0	32,0	138,0	76,0	55,0	81,0
Житомирська	72,0	2,0	36,0	20,0	8,0	88,9
Закарпатська	78,0	2,0	32,0	17,0	13,0	79,5
Запорізька	139,0	11,0	55,0	32,0	14,0	72,7
Івано-Франківська	127,0	12,0	26,0	41,0	26,0	73,2
Київська	105,0	1,0	39,0	20,0	14,0	69,5
Кіровоградська	63,0	1,0	26,0	11,0	11,0	76,2
Луганська	174,0	9,0	69,0	38,0	33,0	80,5
Львівська	203,0	20,0	97,0	40,0	30,0	82,3
Миколаївська	69,0	2,0	24,0	28,0	11,0	91,3
Одеська	216,0	14,0	111,0	34,0	31,0	81,5
Полтавська	101,0	11,0	49,0	31,0	8,0	87,1
Рівненська	68,0	2,0	32,0	13,0	12,0	83,8
Сумська	77,0	1,0	22,0	16,0	13,0	66,2
Тернопільська	81,0	8,0	21,0	22,0	16,0	72,8
Харківська	248,0	36,0	127,0	63,0	18,0	83,9
Херсонська	55,0	2,0	24,0	22,0	5,0	92,7
Хмельницька	74,0	5,0	11,0	21,0	17,0	66,2
Черкаська	74,0	2,0	14,0	31,0	14,0	79,7
Чернівецька	93,0	19,0	39,0	17,0	8,0	68,8
Чернігівська	51,0	0,0	20,0	15,0	5,0	78,4
м. Київ	312,0	41,0	93,0	39,0	50,0	58,3
м. Севастополь	29,0	1,0	6,0	8,0	3,0	58,6

Продовження табл. 2. Кількість лікарів-дерматовенерологів, які мають кваліфікаційну категорію (за даними МОЗ України на 01.01.2012)

Розріз	Разом лікарів-дерматовенерологів	У тому числі на основній роботі у закладі підготовки кадрів, НДІ, органах управління	Із загальної кількості лікарів мають кваліфікаційну категорію			Питома вага атестованих
			вищу	I	II	
У тому числі дерматовенерологи дитячі						
Україна	179,0	3,0	47,0	37,0	29,0	63,1
Автономна Республіка Крим	11,0	1,0	3,0	4,0	1,0	72,7
Вінницька	6,0	0,0	1,0	1,0	1,0	50,0
Волинська	4,0	0,0	1,0	2,0	0,0	75,0
Дніпропетровська	7,0	0,0	1,0	2,0	2,0	71,4
Донецька	6,0	0,0	1,0	1,0	1,0	50,0
Житомирська	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	50,0
Закарпатська	9,0	0,0	1,0	3,0	1,0	55,6
Запорізька	7,0	0,0	1,0	2,0	1,0	57,1
Івано-Франківська	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Київська	9,0	0,0	2,0	1,0	2,0	55,6
Кіровоградська	2,0	0,0	2,0	0,0	0,0	100,0
Луганська	9,0	0,0	2,0	3,0	2,0	77,8
Львівська	6,0	0,0	0,0	2,0	2,0	66,7
Миколаївська	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	100,0
Одеська	17,0	0,0	6,0	2,0	2,0	58,8
Полтавська	4,0	0,0	3,0	1,0	0,0	100,0
Рівненська	5,0	0,0	1,0	1,0	1,0	60,0
Сумська	3,0	0,0	0,0	1,0	1,0	66,7
Тернопільська	4,0	0,0	2,0	1,0	0,0	75,0
Харківська	2,0	0,0	1,0	0,0	0,0	50,0
Херсонська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Хмельницька	6,0	0,0	0,0	2,0	1,0	50,0
Черкаська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Чернівецька	5,0	1,0	4,0	0,0	0,0	80,0
Чернігівська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
м. Київ	51,0	1,0	15,0	7,0	10,0	62,7
м. Севастополь	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу».

В останніх трьох документах уже відображено такі важливі питання, як удосконалення державних освітніх стандартів підготовки медичних кадрів задля підвищення якості підготовки фахівців [19], забезпечення та управління якістю медичної допомоги [16], прогнозування кадрового забезпечення відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням її перетворень, а також демографічної ситуації в країні [19, 23].

Однак у перспективі, безумовно, потрібно разом з професійними асоціаціями розробляти концепцію кадрової політики галузі охорони здоров'я, яка повинна поєднуватися із запровадженням реальної багатоканальності галузі та економічних механізмів підвищення зацікавленості медичних працівників у результатах їхньої роботи. Адже нині нормативно-правова база України передбачає оплату на основі посадових окладів, затверджених Кабінетом Міністрів України, і враховує лише відпрацьований час. Це, безперечно, не створює для медичних працівників будь-яких мотивацій до підвищення рівня якості, а у керівників медичних закладів — до збільшення обсягів послуг. Головними причинами кадрового дефіциту лишаються низька заробітна плата, зменшення престижу професії.

Так, за даними Профспілки працівників охорони здоров'я, незважаючи на чотириразове підвищення посадових окладів 2010 року та шестиразове підвищення 2011 року, середня заробітна плата працівників майже на 50 % менша, ніж у галузях економіки, на 80 % — ніж у промисловості, на 20 % — ніж у працівників освіти. Так, за 9 місяців минулого року за збільшення середньої зарплати в усіх галузях майже на 19 % в охороні здоров'я вона зросла лише на 11,6 %, а в окремі місяці спостерігалось навіть її зменшення [7].

Проте за час реформи в пілотних регіонах завдяки запровадженню мотиваційних механізмів для медичних працівників, які працюють у первинній ланці, їхня заробітна плата зросла на 50—60 %, що сприяло поліпшенню медичного обслуговування населення.

5. Проблеми раціонального використання кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я

Управління кадровими ресурсами незмінно базується на жорстких кадрових нормативах та централізованій системі планування, що орієнтована на забезпечення розгалуженої і надлишкової мережі закладів охорони здоров'я, яка включає відомчу медицину (у країні понад 17 ві-

домств мають у своєму підпорядкуванні заклади охорони здоров'я) тощо.

Усе це надзвичайно ускладнює адаптацію кадрового складу до потреб галузі, особливо в регіональному та місцевому розрізах. Ситуацію погіршують ще й такі чинники:

- відсутність фахового менеджменту кадрової ситуації в областях;
- невідповідність обсягів підготовки лікарів за державним замовленням потребам регіонів;
- недостатній рівень контролю та аудиту діяльності персоналу [25].

Варто зазначити, що Міністерство охорони здоров'я України розробило і затвердило Методичні рекомендації з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу, однак про їхню дієвість говорити ще зарано. Тут певну допомогу надає створений МОЗ України Реєстр медичних працівників та закладів охорони здоров'я, який дає можливість оперативно реагувати на регіональні потреби та моніторити стан підвищення кваліфікації лікарів.

Проблема раціональності використання кадрового потенціалу дерматовенерологічної служби тісно пов'язана з проблемами функціонування дерматовенерологічних закладів і оптимізації їх мережі та ліжкового фонду. Щоб розв'язати цю проблему, треба знайти відповіді на такі запитання: «Чи потрібні в Україні цілодобові ліжка дерматовенерологічного профілю? Яким є «соціальний портрет» пацієнта українського дерматовенерологічного стаціонару? Наскільки рівень госпіталізації дерматовенерологічних хворих відповідає чинним Клінічним протоколам надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання, тобто наказу МОЗ України № 312 від 8.05.2009? Чи готові ми до переходу на європейські стандарти дерматовенерологічної допомоги?»

Для цього було проаналізовано 2030 випадків госпіталізації хворих до цілодобового стаціонару Тернопільського обласного шкірно-венерологічного диспансеру. Встановлено, що середній вік дерматовенерологічного хворого стаціонару становить 40,69 року, тобто в середньому це активний, соціально-адаптований член суспільства, який здатний забезпечувати збереження і відновлення свого здоров'я та працездатності за рахунок прибутків від своєї трудової діяльності.

Деталізація соціальної структури хворих дерматовенерологічного стаціонару виявила такий розподіл (рис. 4). Як бачимо, більшість пацієнтів стаціонару належать до соціально незахищених верств населення.

Особливо несприятлива ситуація щодо пацієнтів із сільської місцевості. Серед усіх госпіталі-

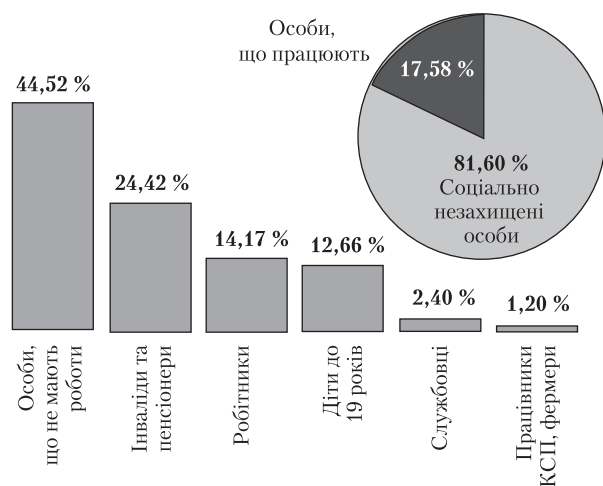


Рис. 4. Соціальна структура пацієнтів дерматовенерологічного стаціонару

зованих селяни становлять 57,89 %. З них не мають оплачуваної роботи 45,65 %, пенсіонерами та інвалідами є 25,69 %, діти — 13,89 % і лише 14,4 % мають самостійний заробіток. Слід зазначити, що сільські жінки, які фактично мають вищий рівень захворюваності, ніж сільські чоловіки, дають згоду на госпіталізацію рідше, ніж чоловіки з аналогічною патологією (відповідно 45 і 55 %).

Серед найчастіших причин госпіталізації сільського населення слід назвати такі:

- 1) екзема, в тому числі з виразками, — 26,39 %
- 2) псоріаз (усі форми) — 22,40 %
- 3) сифіліс — 13,54 %
- 4) алергійні хвороби шкіри — 4,34 %
- 5) дерматофітії — 4,34 %
- 6) піодермії — 3,12 %.

Високий рівень показань до госпіталізації сільського населення щодо дерматовенерологічних захворювань зумовлений насамперед браком коштів на амбулаторне лікування, високою вартістю проїзду, недостатнім рівнем транспортних комунікацій. Не на останньому місці — тяжкі та виснажливі умови праці в особистому підсобному господарстві.

Що ж до міського населення, то рівень його госпіталізації становить 42,11 %, що значно менше, ніж у селян.

Соціальна структура госпіталізованих жителів міст така: робітники — 18,6 %, службовці — 2,86 %, непрацюючі — 42,96 %, інваліди та пенсіонери — 22,67 %, діти до 18 років — 10,98 %. Таким чином, частка соціально незахищених категорій становить 56,61 %. Слід зазначити, що міські жителі, які не працюють, не мають ані підсобного господарства, ані інших джерел доходів.

Найчастіші причини госпіталізації міського населення такі ж, як і сільського, але співвідно-

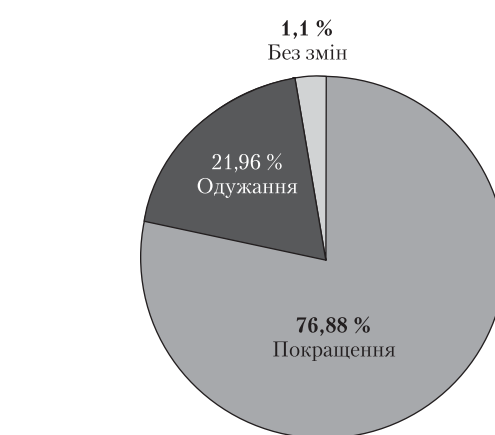


Рис. 5. Структура результатів проведеного лікування у пацієнтів, виписаних із дерматовенерологічного стаціонару

шення частоти нозологічних одиниць дещо відрізняється:

- 1) псоріаз (усі форми) — 24,82 %
- 2) екзема, в тому числі з виразками, — 18,37 %
- 3) дерматофітії — 12,64 %
- 4) алергійні хвороби шкіри — 10,50 %
- 5) сифіліс — 8,10 %
- 6) піодермії — 4,77 %.

Аналіз результатів проведеного лікування у пацієнтів, виписаних із дерматовенерологічного стаціонару, відображено на рис. 5. Наведена діаграма свідчить, що з переважною більшістю хворих дерматовенерологи працюватимуть і далі.

Наскільки часті випадки завищення показань до госпіталізації? Враховуючи норми наказу МОЗ України № 312 від 8.05.2009 [18], цей показник становив у нашому дослідженні 4,32 %, що не має особливого прикладного значення.

При вирішенні питання забезпечення оптимізації мережі дерматовенерологічних закладів та їх ліжкового фонду доцільно визначити, яку частину повноважень дерматовенерологів можна передати на первинну ланку медичної допомоги без погіршення рівня здоров'я населення та відповідного підвищення рівнів медико-соціальних ризиків для національної безпеки України. Адже дерматовенерологія є соціальною дисципліною, оскільки від самого започаткування вирішує не лише медичні, а й соціальні проблеми суспільства. Затверджений наказом МОЗ України від 05.10.2011 № 646 «Механізм та обсяг надання медичної допомоги лікарем загальної практики — сімейним лікарем і механізм скерування пацієнта лікарем загальної практики — сімейним лікарем для отримання спеціалізованої медичної допомоги при різних клінічних станах та захворюваннях» передбачає: «Пацієн-

ти з будь-якою проблемою, крім гострих станів, що потребують виклику швидкої допомоги або невідкладної допомоги в позаробочий для лікарської амбулаторії час, повинні звернутися спочатку до свого сімейного лікаря, який має визначитися з подальшим веденням пацієнта після проведення консультивання» [20]. Самостійне лікування чи ведення пацієнта після уточнення діагнозу у дерматовенеролога пропонується при atopічному дерматиті та кропив'янці у дітей, при дерматитах (до яких зараховано під застарілою назвою герпетиформний дерматоз Дюринга з групи бульозних дерматозів, лікування якого віднесено до компетенції вторинної ланки), токсикодерміях, екземі, вузловій еритемі, себорей, вітиліго, вульгарних вуграх, грибкових інфекціях шкіри (хоча цей же документ в іншій частині вимагає направлення для лікування при мікозах шкіри — синонім грибкових інфекцій шкіри — до лікаря-спеціаліста). Так само самостійно сімейний лікар має вести пацієнтів з піодермією і фолікулітом (чомусь окремо виділеним), стрепто- і стафілодермією (хоча вони становлять найчастіші з груп піодермій). Піодермії в загальному понятті цим наказом МОЗ рекомендовано лікувати повністю самостійно, а ось стафіло- та стрептодермії — після уточнення діагнозу в лікаря вторинної ланки. Сімейному лікарю пропонується також лікувати бородавки, гострокінцеві кондиломи, оперізувальний лишай і трофічні виразки, трихомоноз, герпетичну інфекцію, педикульоз, коросту. Крім того, сімейний лікар повинен лікувати після консультації дерматолога цілу низку пухлин шкіри — папілому, кератому, епітеліому та базаліому. На жаль, абсолютно незрозуміло, як має чинити сімейний лікар у разі підозри в дорослих пацієнтів більшості інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також низки тяжких і доволі частих дерматозів, зокрема псоріазу та акантолітичної пухирчатки. Вказівки направити пацієнта до дерматолога, якщо сімейний лікар не встановив діагноз дерматозу, в наказі МОЗ України від 05.10.2011 № 646 також немає, що робить цю частину обов'язків сімейного лікаря юридично неврегульованою, спонукаючи його чинити на власний розсуд, що може призвести до невиправданої втрати часу на діагностування. Безперечно, цей наказ потребує ґрунтового доопрацювання та уточнення за безпосередньою участю фахових асоціацій лікарів усіх спеціальностей.

Під час уточнення потреби в поповненні кадрового потенціалу дерматовенерологів залежно від стану ліжкового фонду варто брати до уваги, що, зокрема, в нашому дослідженні 16,28 % хворих, переважно на сифіліс та заразні дерматози,

було госпіталізовано першочергово за соціальними показаннями.

Стан фінансування стаціонарної дерматовенерологічної допомоги є головною проблемою, яка спричинює недостатньо раціональне використання ліжок дерматовенерологічного профілю. Динаміка цін на медикаменти та діагностичні засоби є такою, що за нескладними підрахунками один ліжко-день за цією статтею у 2012 році коштував по Україні від 6 до 10 грн, а, за чинними клінічними протоколами дерматовенерологічної допомоги, потреба в коштах на медикаменти становить від 75 до 200 грн на 1 ліжко-день. За даними Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів, у загальних кошторисах дерматовенерологічних закладів витрати на медикаменти становлять від 5,35 до 7,4 %.

Дуже важливим питанням є нормування ліжкового фонду, тобто планування його залежно від реальної протокольно обґрунтованої потреби. Ця потреба є різною для мешканців міста і села. Ми зробили спробу визначити потребу в госпіталізації окремо для сільського і міського населення.

З урахуванням показника необґрунтованої госпіталізації 4,32 % у 2011 році потребували госпіталізації на третинному рівні 1326 хворих на шкірні та секс-трансмісивні захворювання.

Рівень потреби в госпіталізації хворих:

- для міського населення — 163 на 100 тис. населення;
- для сільського населення — 92 на 100 тис. населення.

Таким чином потреба в ліжковому фонді третинного рівня становитиме:

- для міського населення — 9 на 100 тис. населення
- для сільського населення — 5 на 100 тис. населення.

Під час формування потреби в ліжках доцільно передбачити на базі закладу профільну кафедру. За її наявності ліжковий фонд доцільно збільшити орієнтовно на 15 % для забезпечення науково-педагогічного процесу. Безперечно, в майбутньому за створення університетських клінік це питання потребуватиме уточнення.

За номенклатурою і тяжкістю перебігу хвороб шкіри в 76,88 % пацієнтів дерматологічного профілю неможливо досягти стійкого одужання, отже, вони і надалі потребуватимуть дерматологічної допомоги та реабілітації. У разі прогнозованого запровадження загальнообов'язкового медичного страхування 68,94 % хворих стаціонару з високим ступенем вірогідності не знайдуть страхувальника. Перехід до європейських стандартів надання дерматовенерологічної допомоги має відбуватися синхронно з наближенням до та-

ких стандартів рівня життя населення. Інакше можливі непередбачувані соціальні наслідки. Обсяги ліжкового фонду в кожній області потрібно формувати індивідуально, з урахуванням соціальної структури населення. Важливими лишаються питання вибору і моделі побудови дерматовенерологічної служби, і моделі координування між рівнями надання медичної допомоги. Загалом дерматовенерологічна служба України потребує глибокого та об'єктивного медико-соціального аудиту.

6. Підготовка кадрів для дерматовенерологічної служби

Підготовка кадрів для дерматовенерологічної служби останніми роками зазнала певних змін, пов'язаних із не завжди послідовними спробами привести її до західних зразків без поглибленого аналізу розбіжностей між різними моделями побудови служби у різних країнах [23]. Так, згідно з наказом МОЗ України від 20.06.94 № 104 «Про затвердження Положення про первинну спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних (фармацевтичних) вищих навчальних закладів України» термін проходження первинної спеціалізації (інтернатури) з дерматовенерології становив 2 роки.

Наказами МОЗ України від 06.03.96 № 50 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів» та від 19.09.96 № 291 «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівня акредитації медичних факультетів університетів» цей термін було скорочено до 1 року (як у Радянському Союзі). У зв'язку з можливістю підготовки інтернів за контрактною формою навчання почався масовий їх відтік у так звані «вузькі» спеціальності, однією з яких стала дерматовенерологія. Тим часом кількість випускників, які отримували розподіл сімейними лікарями, була вкрай низькою.

Перша спроба виправити ситуацію відбулася через вісім років, коли наказом від 28.04.2004 № 220 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів» інтернатуру з дерматовенерології було скасовано. Стати дерматовенерологом можливо було шляхом проходження вторинної спеціалізації після дворічної інтернатури зі спеціальності терапевтичного профілю, насамперед терапії чи загальної практики — сімейної медицини. Цей наказ проіснував недовго і жодного разу не «спрацю-

вав», будучи на піку хвилі соціального напруження скасований наказом від 02.11.2004 № 528. Втім, ідея витала в повітрі, і після зміни політичного обличчя держави нове керівництво МОЗ не забарилося нею скористатися, видавши відомий наказ від 23.02.2005 № 81 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів», в якому з переліку первинних фахів зникли навіть такі спеціальності як терапія, акушерство та гінекологія та неврологія.

Українська асоціація лікарів-дерматовенерологів і косметологів (УАЛДВК) як громадська організація (членами якої є майже 3000 лікарів) зайняла з цього питання принципову та виважену фахову позицію, виступаючи за повернення інтернатури з дерматовенерології одночасно з посиленням державного регулювання обсягів підготовки з цього фаху. Ця позиція членів фахової асоціації знайшла своє відображення в резолюції I З'їзду УАЛДВК, що відбувся 20–23 вересня 2005 року в Києві. Одноставна діяльність активістів УАЛДВК та тодішнього головного позаштатного спеціаліста МОЗ України за спеціальністю «Дерматовенерологія» професора В.І. Степаненка була врахована і підтримана уже новим керівництвом МОЗ, яке наказом від 10.12.2007 № 793 «Про внесення змін та доповнень до наказу МОЗ України від 23.02.2005 № 81» відновило первинну спеціалізацію з дерматовенерології, продовживши термін навчання до 1,5 року.

При підготовці лікарських кадрів, зокрема дерматовенерологів, важливим питанням залишається визначення реальної потреби країни в таких кадрах. При цьому доводиться враховувати перенесення пріоритетності на первинну ланку надання медичної допомоги, а також надання переваги профілактичній складовій підготовки лікарів. Важливим аспектом якісної підготовки дерматовенерологів є їхня технологічна освіченість, яка дасть змогу користуватися сучасними методами інструментальної діагностики, зокрема дерматоскопією та методами теледерматології [27].

Глибоке занепокоєння викликає той факт, що підготовка документів з питань реформування дерматовенерологічної допомоги останнім часом відбувається без залучення провідних науковців профільних кафедр, Інституту дерматології та венерології НАМН України, широкого загалу практичних лікарів-дерматовенерологів. Водночас лунає теза про доцільність ліквідації цілісної дерматовенерологічної служби, та й самої спеціальності «Дерматовенерологія». Така ситуація глибоко стурбувала членів УАЛДВК та стала те-

мою обговорення на профільних кафедрах і в колективах дерматовенерологів. Тому Президія УАЛДВК звернулася до МОЗ України (лист від 22.01.2013 № 1) з пропозицією утворити на базі Інституту дерматології та венерології робочу групу МОЗ і НАМН України з провідних науковців та практиків для напрацювання концепції реформування дерматовенерологічної допомоги з урахуванням світового досвіду, а напрацьовані проекти документів винести на обговорення фахової громади.

Висновки

Сфера охорони здоров'я, що нині реформується, повинна насамперед задовольняти потреби населення у достатньо ефективній медичній допомозі всіх рівнів, для забезпечення якої необхідна

достатня кількість якісно підготовлених та умовитованих медичних працівників. На досягнення цієї мети спрямована спільна робота Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України, медичних університетів, регіональних органів охорони здоров'я та фахових медичних об'єднань. У зв'язку з цим українська дерматовенерологічна допомога, зокрема стаціонарна, потребує глибокого та об'єктивного медико-соціального аудиту з метою максимального збереження її здобутків. Необхідною умовою гармонійного розвитку дерматовенерологічної служби є адекватне кадрове її забезпечення з урахуванням змін у структурі надання відповідної допомоги на різних рівнях, а також ефективного їх координування протягом усього медичного маршруту пацієнта.

Список літератури

1. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Програма економічних реформ на 2010–2014 роки. Комітет з економічних реформ при Президенті України [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf.
2. Виноградов О.В. Аналіз впливання корупції на кадрові ресурси системи здравоохранения Украины [Електронний ресурс] / Дані Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я.— Режим доступу: <http://droz.kiev.ua/doc2/3.doc>.
3. Дані Державної служби зайнятості [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://www.dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=39012&cat_id=4109.
4. Дані ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» [Електронний ресурс].— Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>.
5. Дорога утриманка [Електронний ресурс] / Дзеркало тижня.— Режим доступу: http://dt.ua/HEALTH/doroga_utrimanka-86040.html.
6. Загальна практика-сімейна медицина — основа формування Національної системи охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Дані МОЗ України.— Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed_082004_0.html.
7. Кадри забезпечують успіх [Електронний ресурс] / Ваше здоров'я.— Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=3813>.
8. Коваль В. Заощаджувати на здоров'ї людей — негуманно і економічно не вигідно [Електронний ресурс] / Ваше здоров'я — Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=4007>.
9. Короленко В.В. Нова редакція «Стратегії національної безпеки України»: аналіз медико-соціальних загроз безпековому середовищу держави [Електронний ресурс] / Асоціація розвитку і безпеки (Ukraine)— Режим доступу: http://www.dsaua.org/index.php?option=com_content&view=article&id=172%3A-l-r-&catid=66%3A2010-12-13-08-48-53&Itemid=90&lang=uk.
10. Кто излечит украинскую медицину.— [Электронный ресурс] / Публичные дебаты. Проект Фонда «Эффективное управление».— Режим доступа: http://debaty.org/article/medicina_deb/medicina_analitika/467.html.
11. Кто нас завтра будет лечить [Электронный ресурс] / Зеркало недели.— Режим доступа: http://zn.ua/HEALTH/kto_nas_zavtra_budet_lechit-99247.html.
12. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2010–2011 роки: Інформаційний довідник МОЗ України за ред. Р.М. Богачева.— К.: МОЗ.— 2012.— 68 с.
13. МОЗ: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту / Ваше здоров'я [Електронний ресурс].— Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>.
14. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С. Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я // Главный врач.— 2007.— № 1.— С. 32–40.
15. Москаленко В.Ф., Латишев С.С., Ледошук Б.О. Наукові перспективи формування кадрових ресурсів охорони здоров'я в Україні на етапі розвитку первинної медико-санітарної допомоги // Охорона здоров'я України.— 2008.— № 2.— С. 20–29.
16. Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.
17. Наказ МОЗ України 05.10.2011 № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111005_646.html.
18. Наказ МОЗ України від 08.05.2009 № 312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання» [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090508_312.html.
19. Наказ МОЗ України від 12.09.2008 № 522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні» [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080912_522.html.
20. Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 512 «Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу» [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html.
21. Освіта на експорт [Електронний ресурс] / Україна-Бізнес. Видавничий дім.— Режим доступу: <http://www.ukrbizn.com/headline/153-osvta-na-eksport.html>.
22. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів [Електронний ресурс] / Дані Українського

- інституту стратегічних досліджень МОЗ України.— Режим доступу: http://uiph.kiev.ua/uploads/regiony_reform_galuzi/kyiv.pdf.
23. Попченко Т.П. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Аналітична записка Національного інституту стратегічних досліджень при Президентіві України.— Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>.
 24. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України: Посібник (Підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»).— К., 2009. — 72 с.
 25. Слабкий Г.О. Кадрова політика [Електронний ресурс] / Дані Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України.— Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>.
 26. Степаненко В.І., Короленко В.В. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив реформування дерматовенерологічної служби в Україні // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 1 (44).— С. 10–18.
 27. Степаненко В.І., Короленко В.В. Телемедицина, телдерматологія: реалії та перспективи в Україні // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 4.— С. 19–24.
 28. Томилин С.А. Демография и социальная гигиена.— К.: Межрегиональный издательский центр «Мединформ», 2007.— 420 с.
 29. Україна — донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс].— Режим доступу: <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>.
 30. Україна перетворюється на країну-донора медичних кадрів (МОЗ України) [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20080624_0.html.

В.В. Короленко, В.І. Степаненко, А.І. Хара, Р.М. Исаенко, О.І. Ременник,
Т.П. Авраменко, Е.І. Петрова, А.П. Волосовец, В.В. Лазорышинец

Проблемы государственного управления дерматовенерологической службой в процессе реформирования отечественной системы здравоохранения

Система здравоохранения граждан, ее модернизация и оптимизация являются одними из важнейших функций современного украинского государства. Основной целью реформ в сфере здравоохранения Украины согласно Программе экономических реформ на 2010–2014 года «Зажиточное общество, конкурентоспособная экономика, эффективное государство» является улучшение здоровья населения, обеспечение равного и справедливого доступа всех граждан к медицинским услугам надлежащего качества. Важное место в процессе реформирования системы здравоохранения принадлежит оптимизации структуры и функций дерматовенерологической службы.

Цель работы — рассмотреть проблему управления кадровыми ресурсами дерматовенерологической службы в условиях реформирования сферы здравоохранения Украины с учетом реальной возможности размежевания предоставления дерматовенерологической помощи между поставщиками первичного уровня медпомощи (врачами общей практики — семейной медицины) и поставщиками вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медпомощи (врачами-дерматовенерологами и врачами-дерматовенерологами детскими) и координирование взаимодействия между этими уровнями.

Методы. Абстрактно-логический — для обоснования концепции кадровой политики в системе здравоохранения; компаративный анализ — для сравнения тенденций формирования, использования и развития кадровых ресурсов здравоохранения между регионами Украины, специальностями, возрастными когортами; системный анализ — для комплексного изучения кадровой политики в дерматовенерологической службе и поиска ее проблемных вопросов.

Результаты. Установлено, что основными проблемами кадрового потенциала дерматовенерологической службы являются недостаточная укомплектованность и обеспеченность медицинскими кадрами; увеличение количества медицинских работников пенсионного возраста; отраслевая и региональная диспропорциональность кадрового обеспечения; проблемы повышения уровня квалификации медицинских кадров; нормативно-правовое обеспечение кадровой политики области и создания мотивационных стимулов для персонала; проблемы рационального использования кадровых ресурсов сферы здравоохранения; проблемы подготовки кадров для дерматовенерологической службы.

Выводы. Реформируемая в настоящее время система здравоохранения должна прежде всего удовлетворять потребности населения в эффективной медицинской помощи всех уровней, для обеспечения которой необходимо достаточное количество качественно подготовленных и мотивированных медицинских работников. На достижение этой цели направлена общая работа Министерства здравоохра-

нения Украины, Национальной академии медицинских наук Украины, медицинских университетов, региональных органов здравоохранения и профессиональных медицинских объединений. В связи с этим украинская дерматовенерологическая помощь, в частности стационарная, нуждается в глубоком и объективном медико-социальном аудите. Необходимым условием гармонического развития дерматовенерологической службы является адекватное кадровое ее обеспечение с учетом изменений в структуре предоставления соответствующей помощи на разных уровнях, а также эффективного их координирования на протяжении всего медицинского маршрута пациента.

V.V. Korolenko, V.I. Stepanenko, O.I. Khara, R.M. Isaienko, O.I. Remennyk,
T.P. Avramenko, K.I. Petrova, O.P. Volosovets, V.V. Lazoryshynets

Problems of public administration of dermato-venereologic service during reforming of native health care system

The health care system, its modernization and optimization are among the most important functions of Ukrainian state at present. The main goal of the reforms in the field of Health, according to the Program of economic reforms for 2010–2014 «Prosperous society, competitive economy, effective state», is to improve the health of the population, ensure equal and fair access for all citizens to health services of proper quality. Important role in the health sector reform is attributed to optimizing the structure and functions of dermato-venereologic service.

Objectives. The aim of this work is to address the issue of human resources management of dermato-venereological services during health reform in Ukraine, taking into account the real possibility of dividing dermato-venereological care provision into providers of primary medical care (general practitioners), providers of secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care (dermatovenerologists and pediatric dermatovenerologists), as well as coordinating interaction between these levels.

Methods. Abstract-logical method — for supporting the concept of personnel policy in the health care system; comparative analysis — for comparing trends in the formation, use and development of human resources for health sphere between regions of Ukraine, specialties, age cohorts; system analysis — for a comprehensive study of personnel policy in the dermato-venereological service and search of its problematic issues.

Results. It has been found that the major problems of human resources of dermato-venereological service are: insufficient staffing and provision of health-care workers; growth in the number of health workers of retirement age; sectoral and regional disproportion of staffing; problem of improving the professional skills of medical personnel; regulatory support of personnel policy and creation of incentives for staff motivation; problems of rational use of human resources in health care sector; problems of personnel training for dermato-venereological service.

Conclusions. Current reform of the health care sector should primarily meet the needs of the population in effective medical care at all levels, which requires sufficient number of trained and motivated health workers. The common work of the Ministry of Health of Ukraine, the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, medical universities, regional health authorities and professional medical associations is aimed at achieving this goal. Therefore Ukrainian dermato-venereological care, especially in-patient, needs a deep and objective medical and social audit. A necessary condition for the harmonious development of dermato-venereological service is adequate staffing with consideration of changes in the structure of the provision of the assistance at various levels, as well as their effective coordination throughout the patient's medical route.