

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”
завідувачка кафедри
_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
НА ЗДОБУТТЯ ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ МАГІСТРА

на тему

**«Кадрове забезпечення середнім медичним персоналом на
вторинній ланці надання медичної допомоги»**
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студентки гр. Узмз – 92 ш _____ Кляпчук Ольги Василівни

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело Кляпчук О. В.

Науковий керівник: _____ Мішеніна Галина Анатоліївна

Суми 2021р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____

„_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

студенту групи УЗмз – 92 ш

1. Тема роботи: **«Кадрове забезпечення середнім медичним персоналом на вторинній ланці надання медичної допомоги».**

затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи _____

3. Мета кваліфікаційної роботи: _____

4. Об'єкт дослідження: кадрове забезпечення середнім медичним персоналом закладів охорони здоров'я.

5. Предмет дослідження: кадрові ресурси, система мотивації, навчання та умови праці.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах _____

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I		
II		
III		

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити _____

У розділі 2 студент має провести аналіз _____

У розділі 3 студент має запропонувати _____

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання	Завдання

		видав	прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи _____ ПІБ _____
(підпис)

Завдання до виконання одержав _____ ПІБ _____
(підпис)

Анотація

У кваліфікаційній роботі розкрито питання кадрового забезпечення середнім медичним персоналом закладів охорони здоров'я та розглянута динаміка змін в умовах медичної реформи. Розкриті питання вищої освіти серед медичних сестер та їх професійного розвитку. На прикладі Шосткинської дитячої лікарні проведено анкетування та тестування середнього медичного персоналу та зроблені певні висновки, щодо мотивації та їх потреб.

Також в роботі розглянуті умови праці медсестер, оплата їх праці та чітко освітлені прогалини в правовій системі.

Проаналізована якість роботи та шляхи вдосконалення роботи середнього медичного персоналу.

Ключові слова: середній медичний персонал, медсестри, освіта, мотивація, оплата праці, права, заклади охорони здоров'я, кадровий ресурс.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВНЗ	Вищий навчальний заклад
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
Держсанепідслужба	Державна санітарно-епідеміологічна служба
ДЗ	Державний заклад
ЄДЕБО	Єдина державна електронна база з питань освіти
ЄДКІ	Єдиний державний кваліфікаційний іспит
ЗВО	Заклад вищої освіти
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІКТ	Інформаційні та комунікаційні технології
КНП	Комунальне некомерційне підприємство
КПЕ	Ключові показники ефективності
КРІС	Кадрові ресурси – інформаційна система
КРОЗ	Кадрові ресурси системи охорони здоров'я
МІС	Медична інформаційна система
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я (України)
МОН	Міністерство освіти і науки (України)
МОНМС	Міністерство освіти і науки, молоді та спорту (України)
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НТІ	Науково-технічна інформація
ПАЦ	Передатестаційний цикл
ПМД	Первинна медична допомога
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
СМП	Середній медичний персонал
ТУ	Тематичне удосконалення
ШМР	Шосткинська міськ рада
ISCO	International Standard Classification of Occupations (Міжнародний стандартний класифікатор професій)

Вступ.....	6
РОЗДІЛ 1. ПОЛІТИКА КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1 Загальна динаміка змін в умовах медичної реформи.....	8
1.2 Кадровий резерв, як основа кадрового забезпечення медичним персоналом.....	13
РОЗДІЛ 2. ОСВІТА І ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК – ГОЛОВНА УМОВА СТАЛОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	15
2.1 Вища медична освіта середнього медичного персоналу в Україні..	15
2.2 Кваліфікація медичних кадрів та специфіка робочого часу.....	21
2.3 Мотивація середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я	25
РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМИ РЕСУРСАМИ НА ПРИКЛАДІ КНП «ШОСТКИНСЬКА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ».....	29
3.1 Умови роботи середнього медичного персоналу та оплата праці...29	
3.2. Юридичні аспекти дій медичного персоналу, як запорука правової компетенції пов'язаної з професійною діяльністю.....	33
3.3 Критерії оцінювання якості роботи молодших спеціалістів з медичною освітою.....	37
3.4 Закордонний досвід роботи середнього медичного персоналу та перспективи для медичних сестер в Україні.....	39
Висновки.....	43
Додатки	47
Список використаної літератури	57

ВСТУП

Актуальність проблеми. Одним з пріоритетних завдань медичної галузі є кадрове забезпечення медичним персоналом, зокрема середнім медперсоналом. Його професійний розвиток, критерії оцінки, оплата праці та правові аспекти, також система мотивації, яка може значною мірою покращити якість роботи та обслуговування пацієнтів.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування кадрового забезпечення середнім медичним персоналом на вторинній ланці надання медичної допомоги.

Об'єкт дослідження – діяльність середнього медичного персоналу в умовах медичної реформи.

Предмет дослідження кадрове забезпечення середнім медичним персоналом на вторинному рівні надання медичної допомоги, на прикладі КНП «Шосткинська дитяча лікарня. Проблеми та недоліки в системі кадрового забезпечення.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз роботи середнього медичного персоналу на вторинній ланці надання медичної допомоги.
2. Дослідити роботу середнього медичного персоналу на прикладі КНП «Шосткинська дитяча лікарня»
3. Проаналізувати якість роботи, недоліки та розглянути шляхи вдосконалення роботи середнього медичного персоналу
4. Обґрунтувати шляхи вдосконалення та покращення роботи середнього медичного персоналу.
5. Провести аналіз проблем, що призводять до нестачі середнього медичного персоналу.
6. Розробити рекомендації щодо перспектив та шляхів підвищення якості роботи та систем заохочення для середнього медичного персоналу в умовах медичної реформи.

Методи дослідження. Для розв'язання завдань дослідження використано загальнонаукові теоретичні відомості: аналіз проблеми дослідження, узагальнення даних.

Ключові слова: середній медичний персонал, медична реформа, якість роботи, підвищення кваліфікації, мотивація.

РОЗДІЛ 1. ПОЛІТИКА КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Загальна динаміка змін в умовах медичної реформи

На сьогоднішній день питання розвитку вітчизняної охорони здоров'я стоїть на першому плані, а отже головною метою реформування є покращення здоров'я населення та його обслуговування.

Удосконалення кадрової політики є одним із головних пріоритетів, оскільки людські ресурси є важливою складовою ресурсу охорони здоров'я. Саме наявність персоналу, їх кваліфікація, умови праці, соціальний захист, матеріально-технічна база, заробітна плата визначають відповідний рівень медичного обслуговування.

Ефективні людські ресурси мають бути спрямовані на підвищення ефективності роботи як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому. І стратегія розробки кадрової політики повинна базуватися на реальних потребах медичної галузі.

В Державі значна частка видатків, що йде на систему охорони здоров'я використовується на оплату праці медичних працівників, але це не впливає на підвищення якості медичної допомоги, більше того питання кадрового ресурсу в державі залишається не вирішеним навіть в умовах медичної реформи, а ризики які виникатимуть в умовах перетворень можуть бути більш вираженими, якщо працівники сфери медицини не будуть до неї підготовлені. Таким чином, саме від наявності кваліфікованих кадрів та готовності і прагнення до їх роботи залежить якість обслуговування пацієнтів, бо саме очікування професіоналів, котрі необхідні для здійснення реформ, не завжди збігаються з очікуваними результатами самих реформ для суспільства. Ось чому для забезпечення ефективного впровадження системних змін у медичній галузі особливу увагу слід приділяти кадровим питанням.

Питання кадрового забезпечення в Україні є багаточисленними та значними. Значна кількість спеціалістів зазначають ситуацію яка склалася кризовою, вона може становити реальну небезпеку населенню держави.

Якщо дивитися зі сторони, здається, що деяка тенденція скорочення медичних кадрів відповідає загальній тенденції зменшення загальної чисельності населення України. Проте провівши поглиблений аналіз ми бачимо ряд проблем в кадровому забезпеченні галузі, які з одного боку, є ознакою відсутності стратегічного планування кадрової політики в охороні здоров'я, а з іншого – унеможливають ефективність запровадження реформування медичної галузі.

Загалом в Україні недостатньо медичних сестер як в абсолютних показниках, так і щодо лікарів. Це спричиняє дисбаланс в системі охорони здоров'я, обмежує можливості для розвитку таких напрямків охорони здоров'я, як медсестринство вдома, реабілітація, домашній догляд тощо [13].

Із кількості працюючих середніх медичних працівників – 16,1 % – особи пенсійного віку. Як правило, після досягнення пенсійного віку медичні працівники в Україні продовжують працювати. На 01.01.2019 частка осіб пенсійного віку серед середнього медичного персоналу становила 13%.

На початок 2019 року лише 12 % середнього персоналу працювали в сільській місцевості, хоча мешканці сільської місцевості становлять майже третину всього населення.

Особливе занепокоєння у забезпеченні медичної галузі молодшими спеціалістами медичною освітою викликає місто Київ, де високий відсоток працюючих пенсіонерів спостерігається на тлі найнижчих показників безпеки та кадрового забезпечення МСП та найгіршого співвідношення лікарів: СМП (1: 1,35). Ця ситуація дивує, адже в Києві працює 5 медичних коледжів, які готують молодших спеціалістів з медичною освітою [15].

Також в медичній сфері серед середнього медичного персоналу ми можемо спостерігати гендерний дисбаланс, адже понад 90% - це особи жіночої статі. Якщо розглядати розподіл за статтю то він з 1993 по 2018 роки суттєво не змінювався, та залишався майже на одному рівні [17].

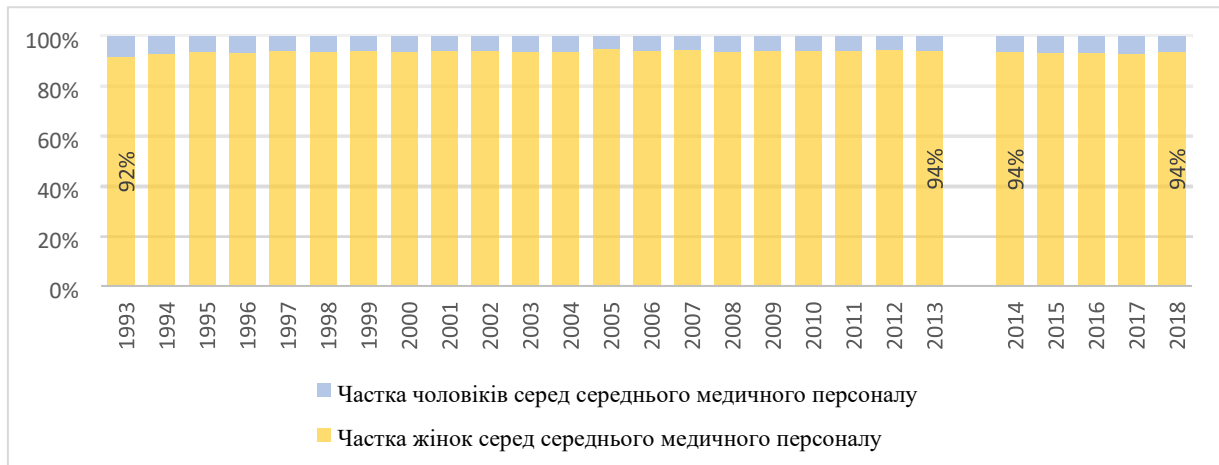


Рисунок 1.1 Розподіл середнього молодших спеціалістів з медичною освітою за статтю, ЗОЗ бюджетної сфери, 1993–2018 рр., % [17].

Питання кадрової політики у діяльності сфери Охорони здоров'я регулюються наступними нормативно-правовими документами:

- Закон України № 2802-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992;
- Указ Президента України № 1313/2000 «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000;
- Наказ МОЗ України № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад...» від 28.10.2002;
- Наказ МОЗ України № 117 «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників» від 29.03.2002;
- Наказ МОЗ України № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою» від 23.11.2007;
- Наказ МОЗ України № 522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні» від 12.09.2008;
- Наказ МОЗ України № 512 «Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу» від 15.08.2011;

Кожен із цих документів окремо регулює ту чи іншу проблему кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я. Однак жоден із цих документів не містить комплексної стратегічної програми вирішення проблем кадрового забезпечення в галузі охорони здоров'я в Україні, концептуальних цілей та механізмів реалізації кадрової політики у галузі охорони здоров'я. Хоча в останніх трьох документах вже знайшли своє відображення такі важливі питання, як вдосконалення державних освітніх стандартів медичної підготовки з метою підвищення якості підготовки спеціалістів [24 - 26].

Кадрові ресурси є основою системи управління людськими ресурсами, вона зосереджена у відповідній стратегії та реалізується через практичну діяльність - людські ресурси. Людські ресурси в системі охорони здоров'я - це основний напрямок роботи з людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я регіону, який визначається системою теоретичних поглядів, ідей та застосовуваних правил, форм і методів людських ресурсів у різних функціональних райони, розроблені центральним урядом та регіональними рівнями.

Більшість середнього персоналу працюють в закладах охорони здоров'я, які належать до бюджетних секторів, тобто перебувають в управлінні МОЗ України або інших міністерствах та відомствах.

Кадрова криза в більшій мірі стосується середнього медичного персоналу. Кожного року темп приросту середнього медичного персоналу спадає та стає негативним. 2018 рік став переламним в динаміці медичних кадрів, оскільки прискорюється темп скорочення лікарів, фельдшерів, акушерів та середнього медичного персоналу.

Співвідношення кількості медсестер до лікарів в Україні має тенденцію до зменшення через негативний темп зростання медсестер і є нижчим за середньоєвропейські показники. Укомплектованість лікарів є нижчою в порівнянні з медичним персоналом (88% проти 92,6%) [16].

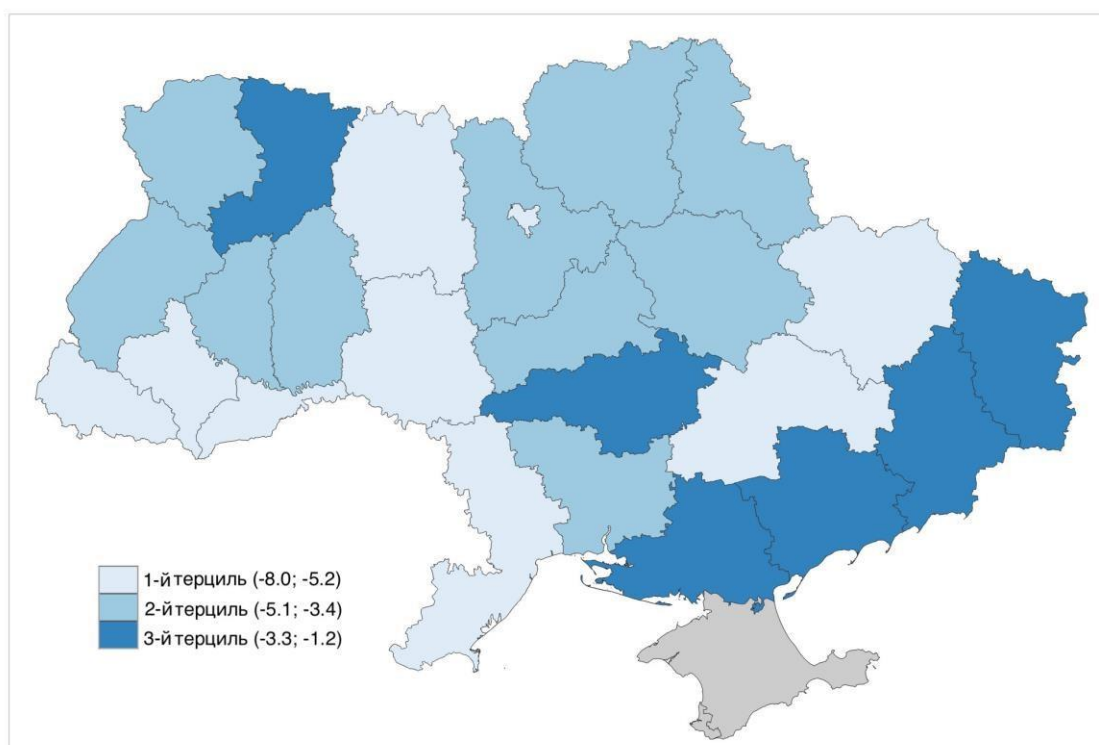


Рисунок 1.2 Географічний розподіл темпів зростання середнього медичного персоналу на 10 тис. Населення за національним підрахунком, ЗОЗ бюджетної сфери, 2017–2018 рр [17].

У той же час статистичні показники недоукомплектованості в сучасній, ще не повністю реформованій системі охорони здоров'я не є об'єктивним відображенням дефіциту медичних працівників, оскільки ця система планування штатів ЗОЗ (які не є КНП) не забезпечує раціоналізацію КРОЗ відповідно до потреб пацієнтів.

Кадровий резерв студентів спеціальності медсестринство є недостатнім для заміщення медичного персоналу пенсійного віку. На одного вступника на спеціальність «Медсестринство» - чотири працюючі пенсіонери з числа фельдшерів. Протягом 2015-2018 рр. Щільність вступу на спеціальність «Медсестринство», яка включає програми підготовки медсестер, фельдшерів та акушерів, щороку зменшувалась [17].

1.2 Кадровий резерв, як основа кадрового забезпечення медичним персоналом

В умовах реформи системи охорони здоров'я значно посилюються вимоги до медсестринських послуг, але реалії в яких працює медична сестра не зовсім відповідають дійсності.

Медсестра нового утворення повинна надавати висококваліфіковану допомогу пацієнтам на сучасному рівні, знати та застосовувати уніфіковані протоколи, стандарти основних маніпуляцій та процедур сестринського догляду, методи управління, знати і володіти основними методами реанімації, невідкладної допомоги та приймати самостійні рішення. Впровадження новітніх медичних технологій, у свою чергу, вимагає від медсестер постійного вдосконалення своїх теоретичних та практичних навичок.

Тому для повноцінної реформи медсестер в Україні необхідно розробити відповідні нормативні акти, створити нову нормативну базу для післядипломної освіти (потрібні нові підходи як для підготовки та спеціалізації молодших спеціалістів з медичної освіти, так і для їх атестації).

На державному рівні слід врегулювати правову та матеріальну підтримку молодших спеціалістів з медичною освітою, створити належні умови праці та систему належної винагороди, визначити статус освітньо-кваліфікаційних рівнів бакалавра та магістра.

На сьогоднішній день в Україні не існує єдиних технологічних стандартів практики сестринського догляду в сестринських справах, уніфікованих стандартів (протоколів) екстреної медичної допомоги та долікарняної допомоги для медсестер, акушерів, фельдшерів, а також стандартів щодо певних процедур, маніпуляцій та критерії оцінки такої діяльності. Вони повинні бути уніфікованими і розроблятися професіоналами. В даний час кожен регіон має свою версію згаданих стандартів та критеріїв.

Важливо розробити та прийняти закон про молодших медичних працівників з медичною освітою, оскільки ця категорія досі не має власного професійного, соціального та правового статусу в галузі. Прийняття такого

закону сприятиме розвитку медсестер, підвищенню професійного рівня медсестер, знищенню застарілих стереотипів.

На жаль, на державному рівні досі не впроваджені заходи щодо задоволення медичних потреб медсестер. У відносинах між лікарями та медсестрами існує значний дисбаланс персоналу. Хоча у світі на одного лікаря припадає 5–6 медсестер, в Україні - 2 медсестри. В результаті між ними відбувається неправильний розподіл функцій: часто лікарі виконують роботу, яку могли б взяти медсестри.

Для зменшення цього дисбалансу необхідно переглянути та затвердити нові стандарти щодо навантаження на медсестер відповідно до міжнародних стандартів. Для прискорення вирішення цих питань необхідно посилити вплив медсестринських асоціацій (асоціацій), які одночасно повинні дбати про престиж професії, гідну оплату праці, соціальне забезпечення та можливість професійного розвитку медсестер.

На прикладі дитячої лікарні м. Шостка, ми бачимо, що медичні сестри не беруть участі у лікувально - діагностичному процесі, а залишаються лише виконавцями лікарських призначень. Цей досвід роботи негативно відображається на престижі даної професії, яку треба вдосконалювати на сучасному рівні. В закладі запроваджена комп'ютеризація робочих місць – це дозволяє забезпечити єдиний підхід до організації медичної допомоги на всіх етапах.

РОЗДІЛ 2. ОСВІТА І ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК - ГОЛОВНА УМОВА СТАЛОГО РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

2.1 Вища медична освіта для середнього медичного персоналу в Україні

Медичні сестри (далі - медсестри) - середній рівень медичного персоналу закладів охорони здоров'я. Загальновизнано, що для роботи медсестрою в Україні необхідно було отримати середню спеціальну освіту. На сьогодні, внаслідок змін у класифікації, цей рівень освіти вважається «початковим рівнем (коротким циклом) вищої освіти», про його здобуття свідчить диплом молодшого спеціаліста.

У червні 2019 року було прийнято закон «Про професійну вищу освіту», в результаті якого базова освіта медсестер перетвориться на «фахову передвищу вищу освіту» (окремий зв'язок між середньою та вищою освітою) і буде засвідчена дипломом фахового молодшого бакалавра.

Найчастіше медсестри здобувають освіту рівня молодшого спеціаліста в медичних училищах та коледжах, хоча останніми роками такі програми почали пропонувати деякі медичні університети. Вступити на навчання можна як на основі базової (після 9 класу), так і повної (після 11 класу) загальної середньої освіти. Підготовка медсестер - молодших спеціалістів проводиться лише в денну або вечірню (не заочну або дистанційну) форми навчання. Тривалість навчання становить: на базі 9 класу - 4 роки; на базі 11 класу - 3 роки.

Переважає кількість медсестри не продовжують навчання після отримання освіти молодшого спеціаліста. На сьогоднішній день держава офіційно затвердила вимогу про те, що особа повинна бути молодшим спеціалістом для обіймання керівних посад (старша та головна медсестра), їй не потрібен вищий рівень освіти (ступінь бакалавра чи магістра).

Це явище пов'язане як з традицією підготовки медсестер у здобутті середньої спеціальної освіти, що формується не одним роком, так і з залежним, несамостійним професійним статусом медсестри: згідно з чинними правилами, медсестрі заборонено виконувати багато функцій без рішення лікаря.

Потреба медсестер у вищій освіті гостро дискутується в Європі та світі, насамперед завдяки участі медсестер у виконанні надзвичайно складних медичних процедур, роботі з високотехнологічним обладнанням у вузькоспеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я (т.зв. «вторинний» та «третинний»), найскладніші рівні надання медичної допомоги в лікарнях, клінічних відділеннях наукових медичних інститутів тощо).

Також говорять про передачу деяких функцій лікарів медсестрам, що пов'язано з додатковою потребою в медсестрах, що створює попит на їх підготовку. В результаті цих процесів сестринська справа повинна стати повноцінною, самостійною медичною професією, і однією з передумов цього є розширення програми підготовки медсестер на рівні повної вищої освіти (бакалавра та магістра).

Подібні дискусії відбуваються і в Україні, тому розуміння цих тенденцій поступово розробляє програми підготовки медсестер-бакалаврів та магістрів, проте з боку української системи охорони здоров'я немає широкого попиту на підготовку таких фахівців.

Однак, хоча рішення ще офіційно не прийнято, у професійній спільноті стає популярним, що однією з кваліфікаційних вимог до посади старшої медичної сестри має бути ступінь бакалавра, а для головної медсестри - ступінь магістра з іншого боку, у багатьох закладах охорони здоров'я спостерігається «нестача персоналу» для медсестер, тому не може підвищити вимоги до кандидатів.

З 2007 року посада заступника головного медсестри була введена в кожному закладі охорони здоров'я. Цю посаду могли обіймати бакалаври та магістри за спеціальністю «Медсестринство», що сформувало попит на людей з відповідною кваліфікацією, але ця посада була скасована, з 1 січня 2019 року, і нові призначення не проводяться.

Необхідно назвати дві особливості підготовки медсестер на рівні бакалавра та магістра. По-перше, невелика кількість людей, які закінчили

навчання за тією ж спеціальністю на попередньому рівні освіти, вступають на ступінь бакалавра та магістра з цими ж спеціальностями [27].

Навчання медичних сестер: рівень бакалавра.

Так, за даними ЄДЕБО, у 2018 році:

- 7164 медсестри отримали освіту молодших спеціалістів;
- 737 осіб вступили на ступінь бакалавра з сестринської справи на базі молодшого спеціаліста, з них 128 осіб вступили на навчання за рахунок бюджету, 609 осіб - за контрактом [29].

Проаналізувавши ці показники, ми можемо зробити висновок, що ступінь бакалавра та магістра здобуває та частина медсестер з попереднім рівнем освіти, яка краще мотивована до навчання. Другим фактором може бути здатність громадянина платити за освіту, оскільки більшість доступних місць - це контрактна форма навчання.

Другою особливістю цієї спеціальності є необхідність здобуття студентами двох різних груп навичок та компетентностей. По-перше, медсестрам-бакалаврам та магістрам потрібно поглибити свої знання з медичних питань. По-друге, ці програми призначені для підготовки медсестер - управлінців, тому вони повинні включати навчання з управління. Отже, насправді дві складні спеціальності повинні поєднуватися в одній спеціальності та визначати чіткі складові [21].

Обговорюється необхідність мати вищу освіту на рівнях бакалавра, магістра для старшої медсестри (бакалавра) та головної медсестри (магістра). За даними Міністерства охорони здоров'я, останню вимогу планується оформити офіційно, включивши її до Довідника кваліфікацій.

Перш за все, виділяються такі мотиви вступу на ступінь бакалавра:

- для старших медсестер, що мають значний досвід здобуття ступеня бакалавра - захист від конкуренції на роботу молодшими колегами;
- навпаки, для медсестер без досвіду роботи ступінь бакалавра є конкурентною перевагою перед старшими колегами;

- планують виїхати на роботу за кордон: на думку респондентів, у багатьох розвинених країнах великий дефіцит медсестер, тому вони визнають український диплом з сестринської справи, але не нижче освітнього рівня бакалавра;
- самореалізація людини шляхом здобуття «повної» вищої освіти;
- отримання додаткових професійних знань;
- очікування студентів, що після 2020 року в Україні офіційно буде необхідний ступінь бакалавра для старших медсестер.

ТНМУ є лідером у запровадженні дистанційної форми навчання бакалавра в галузі медсестринства в Україні. Дистанційне навчання пропонується лише студентам, які отримали диплом медсестри на рівні молодшого спеціаліста. На думку університету, ця передумова дозволяє впровадити дистанційну форму навчання в тому сенсі, що в цій програмі студентів не навчають практичним навичкам медсестри, оскільки вони набули їх на попередньому етапі навчання.

Замість того, програма зосереджена на необхідних для студентів питаннях медицини, менеджменту, психології та педагогіки, які можна викладати у форматі «на денній та заочній формах». Студенти навчаються 2 роки. ТНМУ відмовився від річної програми бакалаврату, вважаючи її недостатньою в часі.

Під час навчання в ТНМУ я з'ясував, що студентам пропонується цілісна навчальна програма, реалізація якої в технологічній частині базується на активному використанні дистанційного навчання Moodle, що містить навчальні матеріали, відеолекції викладачів ТНМУ, тестові завдання. Студенти постійно (принаймні щотижня) виконують певні завдання в інтернеті, спілкуються з викладачами через інтернет.

Під час навчання я можу високо оцінити якість та вимоги програми. Географічно студенти представляють різні куточки України. ТНМУ також пропонує англійську, схожу за змістом дистанційну програму навчання для бакалаврів студентам у США, в першу чергу для іммігрантів з України та сусідніх країн.

Навчання медичних сестер: рівень магістра

У 2018 році шість закладів вищої освіти набрали 120 абітурієнтів на магістературу за спеціальністю 223 «Медсестринство». Усі програми розраховані на два роки навчання. Відсутність офіційного статусу магістрів сестринської справи в системі закладів охорони здоров'я призводить до низького попиту на вступ до магістратури за цією спеціальністю.

Сучасна концепція магістра в галузі медсестринства наслідує концепцію бакалавра, оскільки передбачає поглиблення клінічних медичних знань та розвиток управлінських компетентностей студентів. Крім того, навчальна програма включає дисципліни психолого-педагогічного циклу, як свідчать співбесіди, основною метою навчання великої кількості студентів є робота викладачем у коледжі, що вимагає ступеня магістра (альтернатива навчання на медсестринстві - це здобуття ступеня магістра і ступеня педагогіки) [21].

Отже, ступінь магістра з медсестринства повинен запропоновувати студентам елементи хоча б чотирьох областей знань: медицини, менеджменту, педагогіки, основ досліджень.

Шкода, що, вища освіта ще не змінила становища медсестер-бакалаврів в Україні, не розроблена нова система трудових норм, не розширені їх повноваження, не диференційовано оплата праці спеціалістів із середньою та вищою сестринською освітою. Щоб скоротити ці недоліки, нам потрібна нова нормативна база, систематизований комплексний підхід до формування належних умов у практичній охороні здоров'я. У тарифному переліку необхідно визначити наявність вищого рівня освіти, порядок займання посад головної та старшої медичних сестер спеціалістами, які мають відповідний рівень освіти (ступінь бакалавра, медсестра-магістр). Необхідно диференціювати функції сертифікованої медсестри, тобто молодшої медсестри-бакалавра, медсестри бакалавра, ступеня магістра медсестер та регламентувати умови оплати їх роботи [32].

З професійних видів комунікативної компетентності для магістрів сестринської справи найбільший інтерес становить медичний. Інформативна комунікативна компетентність передбачає знання основних понять основних

видів діяльності в кіберпросторі, яка сьогодні є поєднанням телефонії, телебачення та інтернету в різних, незвичних та непередбачуваних поєднаннях. Як би ми не ставились до сучасних засобів спілкування, вміння ними користуватися є нагальною соціальною потребою.

Оволодіння інформаційно-комунікаційною компетентністю надає магістрам сестринської справи безпрецедентні можливості пошуку необхідної інформації у наукових джерелах, автоматизованої статистичної обробки даних досліджень, можливості комп'ютерного моделювання досліджуваних процесів, а також представлення результатів досліджень.

Середній медичний персонал є важливою ланкою в системі охорони здоров'я, і безперервна післядипломна освіта медсестер, на мій погляд, відіграє ключову роль у забезпеченні готовності медичного персоналу до впровадження інноваційних професійних та управлінських заходів, модернізації змісту та ключових принципів якості здоров'я та догляду в системі охорони здоров'я [35].

Важливо, що аспектом надання медичних послуг є сучасний підхід до різних активних форм і методів навчання, особливо тих, що вирішують організацію процесу підготовки медсестер, які орієнтують медсестру на творчий пошук на основі систематичних рішень щодо якості медичних послуг. Сучасні методи та інноваційні технології, що застосовуються в до- та післядипломній освіті медсестер для підвищення якості медичних послуг:

- аналітичні системи для управління системою охорони здоров'я;
- онлайн та мобільні вебінари;
- особистісно орієнтовані технології;
- індивідуальні та групові проекти, що відображають практику роботи за фахом;
- проведення майстер-класів;
- моделювання комунікативних та управлінських ситуацій.

Щоб надати ефективну кваліфіковану допомогу, сертифікована медсестра повинна не тільки оволодіти необхідною системою професійних знань, умінь та

практичних навичок, але й оволодіти мистецтвом спілкування, управлінськими навичками на початковому рівні, здатністю співпереживати, здатністю знаходити ефективні рішення в різних незвичних ситуаціях. що, у свою чергу, порушує питання підвищення рівня професійних, управлінських та психологічних знань, навичок медичної сестри. З метою підвищення якості підготовки медсестер до управлінської діяльності в системі післядипломної освіти широко застосовуються такі методи:

- Рольова гра - мета якої відтворити умови реальної ситуації;
- Тренінг - розвиває навички спілкування;
- Метод експертних оцінок розвиває критичне мислення, адекватну оцінку своїх дій опонентом і дозволяє виявити недоліки у підготовці медичних працівників та інших [32].

Отже, ми бачимо, що рівень вищої освіти в Україні для медичних сестер треба розвивати, адже це дає змогу медичним кадрам стати більш самостійною та автономною одиницею в системі охорони здоров'я. На мою думку кваліфіковані медичні сестри повинні мати змогу самостійно ухвалювати певні сестринські рішення та корегувати сестринський догляд за пацієнтами.

2.2 Кваліфікація медичних кадрів та специфіка робочого часу

Одним з важливих елементів даної сфери є середній медичний персонал. Робота медичних працівників у закладах охорони здоров'я здебільшого регулюється тим самим законодавством, що і в інших галузях економіки. Але через специфіку трудових відносин у медичній галузі є деякий ряд особливостей.

За відсутності реального ринку медичного персоналу серед ЗОЗ державної сфери конкурентна основа для працевлаштування не забезпечується, таким чином пошук можливих претендентів в основному проводиться через знайомих та колег. На думку експертів, деякі установи мають практику публікації

оголошень про вакансії на веб-сайтах з питань набору кадрів чи інших ЗМІ, але це не ефективно для залучення фахівців.

Основним критерієм відбору медичного персоналу є відповідність заявника формальним вимогам посади спеціаліста, на яку він претендує. У зв'язку з цим керівники установ зосереджуються в основному на двох документах: Довідник кваліфікаційних характеристик працівників. Випуск 78 Охорона здоров'я (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 № 117) та типові посадові інструкції медичних працівників за професією.

Формальні документи, які повинне мати претендент на посаду це: диплом про вищу медичну освіту з кваліфікацією та документ про стажування або спеціалізацію, свідоцтво про кваліфікаційну категорію. В умовах незабезпеченості медичним персоналом оцінка придатності заявника на посаду проводиться формально і часто зводиться до перевірки та наявності відповідних документів, що є формальними вимогами.

Формальний етап співбесіди та неформальні критерії відбору під час проведення співбесіди, як правило, не стандартизовані і визначаються на власний розсуд керівника ЗОЗ та / або керівника відділу кадрів закладу [22].

Станом на 01.01.2021 року в Дитячій лікарні м. Шостка працює сестер медичних: 62,75 штатних одиниць на яких працює 76 фізичних осіб (вища кваліфікаційна категорія - 38 осіб, перша кваліфікаційна – 18 осіб, друга кваліфікаційна – 9 осіб, сертифікат - 11 особи).

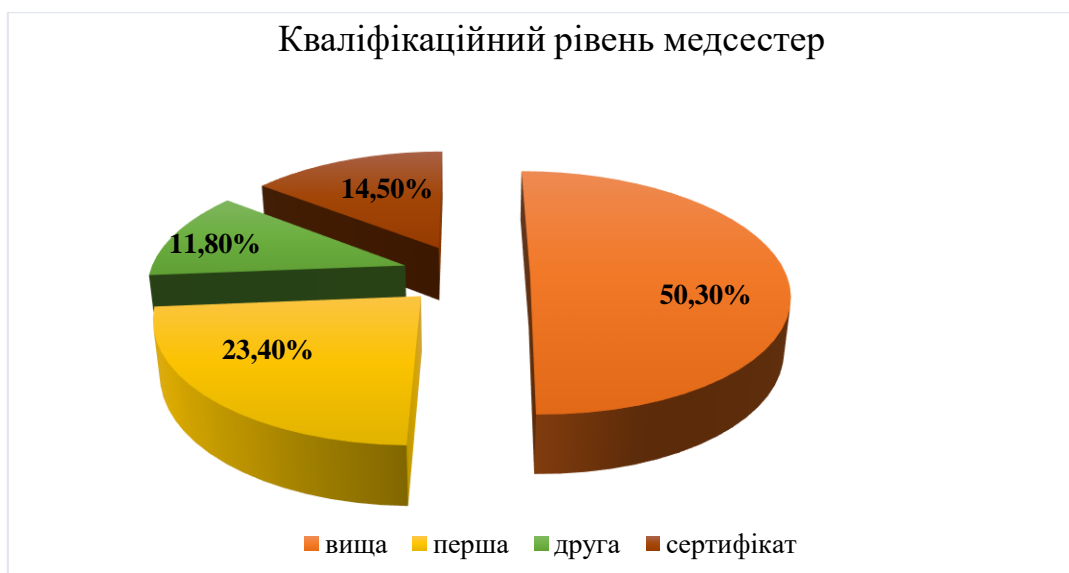


Рисунок 2.1 Кваліфікаційний рівень медичних сестер КНП «Шосткиинська дитяча лікарня»

Отже на 01.01.2019 року в закладі працювало 87 медичних сестер, серед них з вищою категорією – 45 чоловік, з I категорією – 21 особа, з II категорією – 9 осіб, та без категорії 2 особи. В декретній відпустці перебувало – 12 чоловік. Так за 2019 рік було звільнено – 7 чоловік, в той час як прийнято на роботу лише 2 чоловіки.

На 01.01.2020 року в лікарні налічувалось 94 медичні сестри. Серед них 8 чоловік перебувало в декреті. З вищою категорією – 38 осіб, з I категорією 16 чоловік, з II категорією – 9 чоловік, без категорії – 4 особи.

Також на 2020 рік припав, рік реформування системи охорони здоров'я, що стало причиною звільнення 18 осіб, так як заклад став не спроможним утримувати таку кількість медичних сестер та виплачувати їм заробітну плату. Чимало медичних сестер залишилося без роботи, а навантаження на тих медсестер, що залишилися значно збільшилось.

Так в 2019 році ліжковий фонд лікарні налічував 55 ліжок, і стаціонар обслуговувало 43 медсестри, а в 2020 році ліжковий фонд також налічує 55 ліжок, але медсестер залишилося лише 26. Виходячи з цих даних можна зробити висновок, що навантаженість на медсестру значно зросла, а заробітна плата залишилася мізерно низькою.

У відношенні до чинного законодавства України медичні працівники відносяться до категорії працівників, що працюють за скороченою тривалістю робочого часу. Для медичних працівників певних спеціальностей робочий час скорочується до 33 годин на тиждень. Визначними факторами слід вважати підвищену нервову та емоційну навантаження в процесі професійної діяльності та потенційно небезпечні для здоров'я умови праці.

Для встановлення певному медичному працівникові скороченого робочого часу достатньо того, щоб він займав певну посаду чи працював за медичною спеціальністю незалежно від конкретних умов праці та конкретної наявності й обсягу роботи у той чи інший робочий день.

В практичній діяльності виникають питання стосовно правового регулювання та обліку робочого часу медичних працівників, насамперед стаціонарних та тих, хто надає екстрену медичну допомогу. Професійні зміни працівників таких установ слід відрізнити від змінного режиму роботи та змін, пов'язаних з вирішенням нагальних питань закладів.

Професійні чергування медичних працівників, більшість юристів визначає, як календарний проміжок часу, що перевищує звичайний робочий день, встановлений для більшості працівників певного медичного закладу, протягом якого медичний працівник зобов'язаний виконувати професійні обов'язки, щоб забезпечити екстрену медичну допомогу.

Чергування медиків слід розглядати як конкретний додатковий елемент звичайного робочого часу медичного працівника. Таким чином можна сказати навіть про специфічний «змішаний» режим робочого часу медичних працівників - шестиденний робочий тиждень, який має один вихідний день, поєднаний з виконанням професійних змін за графіком [33].

Самий точний облік робочого часу в медичних закладах ведеться шляхом складання табелів обліку робочого часу. Втім, ця форма найкраще відповідає вимогам чинного законодавства, також можуть бути використані й інші методи: з урахуванням даних відповідних статистичних форм (форма № 039 / о та інші), журналів вакансій та інше.

Слід також мати на увазі, що медичні працівники насправді виконують професійні медичні обов'язки з надання медичної допомоги. Здебільшого їх професійні медичні обов'язки по суті такі ж, як і трудові обов'язки. Однак на законних підставах можна вважати, що медичний працівник, який надає медичну допомогу понаднормово, також виконує робочі обов'язки. У таких випадках ми говоримо про понаднормову роботу, яка також повинна оплачуватися.

В теперішній час в правовій літературі деякі автори (зокрема, О. С. Щукін) навіть пропонують встановити нестандартний робочий день для медичного персоналу, який здійснює амбулаторну допомогу. Такий режим робочого часу пояснюється неможливістю врахувати всі відхилення від встановлених норм праці для медичного працівника (неможливість визначити точну кількість пацієнтів протягом облікового періоду, непередбачене збільшення часу амбулаторної операції та ін.)

Слід зазначити, що загальна 24-денна щорічна оплачувана відпустка для більшості категорій медичних працівників додатково збільшується на сім календарних днів [33].

2.3 Мотивація середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я на прикладі КНП «Шосткинська дитяча лікарня» ШМР

Мотивація - це складний психологічний феномен, що викликає безліч сперечань серед психологів, які дотримуються різних психологічних концепцій. Найпоширеніше визначення: мотив - це внутрішня цінність виконаної роботи. Мотивація - це процес взаємодії на людину з метою пробудження її до відповідних дій, шляхом пробудження в ній певних мотивів.

Провівши анкетування серед 30 медичних сестер КНП «Шосткинська дитяча лікарня» я використовувала тест Мартіна Річі «Мотиваційний профіль» , який направлений на виявлення потреб та прагнення кожного медичного працівника як особистості я виявила деякі основні потреби та цілі медсестер, таким чином можна зробити висновки про деякі мотиваційні фактори.

Отже медичні працівники виділяють наступні потреби:

- Висока заробітна плата та матеріальна винагорода;
- Комфортні умови праці та настроїв в колективі;
- Чітка структура роботи, зниження нестабільності та встановлення прав та обов'язків;
- Наявність зворотного зв'язку та інформації;
- Соціальна захищеність;
- Креативність, бажання аналізувати та впроваджувати нові ідеї;
- Досконалість, ріст та розвиток як особистості;
- Визнання з боку оточуючих за знання, досягнення та успіхи;
- Потреба в більшій кількості вільного часу.

Отримані дані дають змогу характеризувати мотиваційний клімат у колективі та зробити певні висновки, щодо покращення мотиваційної системи в галузі охорони здоров'я.

Отримавши дані результати керівництво лікарні може продумати та побудувати логічну схему заохочень та стимулювання, яка буде відповідати вимогам підлеглих.

Також у відділенні було проведено ще одне анкетування, використовуючи тест «Задоволення роботою». Це стандартний тест, який дозволяє вивчити фактори, які впливають на задоволення або незадоволення роботою, умовами праці, організацією керівництва, відношенням в колективі [34].

Даний тест містить 13 тверджень, кожне з яких оцінюється від 1 до 5 балів. При підрахунку результатів використовують середні показники, а результати оцінюють за шкалою:

15-20 балів – цілком задоволений роботою

21-32 балів – задоволений

33-44 балів – частково задоволений

45-60 балів – не задоволений роботою.

Понад 60 балів – вкрай не задоволений.

№ з/п	Твердження	1	2	3	4	5
1	Ваша задоволеність підприємством, де працюєте					
2	Ваше задоволення фізичними умовами (температура, освітлення, холод, спека, шум...)					
3	Ваше задоволення роботою					
4	Ваше задоволення злагодженими діями колег					
5	Ваше задоволення стилем керування вашого керівника					
6	Ваше задоволення професійною компетентністю вашого керівника					
7	Ваше задоволення вашою заробітною платою відповідно ваших обов'язків					
8	Ваше задоволення заробітною платою в порівнянні з іншими закладами охорони здоров'я					
9	Ваше задоволення службовим (кар'єрним) ростом					
10	Ваше задоволення вашим просуванням по службі					
11	Ваше задоволення, як на своїй роботі ви можете використовувати свій досвід та можливості					
12	Ваше задоволення вимогами роботи до інтелекту людини					
13	Ваше задоволення тривалістю робочого дня (зміни)					
14	В якій мірі ваше задоволення роботою вплинуло б на ваше рішення, якби ви зараз шукали роботу					

В даному тестуванні прийняли участь медичні сестри педіатричного та інфекційного відділень, всього 17 чоловік. Слід зазначити, що весь медичний персонал добросовісно підійшов до даного тестування та уважно прослухав інструкцію і відповів на запитання.

Середній бал персоналу, який проходив тестування склав 25,5 балів, що свідчить про задоволення своєю роботою, але якщо розглядати кожного працівника окремо, то можна зробити більш детальний аналіз.

Управління мотивацією середнього медичного персоналу слід розцінювати як напрямок управління персоналом та організації в цілому, який направлений на реалізацію засобів та заходів системи мотивації медичного персоналу для досягнення цілей ефективного розвитку підприємства. Він дає змогу створення на підприємстві мотиваційного середовища, визначення основних суб'єктів мотивації, системи мотивів та стимулів для певних категорій фахівців та обґрунтування політики стимулювання до роботи та високого розвитку медичного персоналу.

Політика управління мотивацією медичного персоналу має свої спільні підходи та методи, проводиться з дотриманням встановлених інструментів та заходів, управлінських функцій, принципів тощо. На сьогоднішній день дуже гостро стоїть питання мотивації медичного персоналу. Відсутність теоретичної бази для цього процесу спричиняє певні непорозуміння та призводить до його розвитку, в тому числі шляхом запозичення закордонного досвіду. Необхідно якомога більше використовувати весь комплекс мотиваторів, який зможе забезпечити ефективну мотивацію персоналу в цілому.

Втім на сучасному рівні створення системи мотивації працівників необхідно розуміти, що грамотно розроблений мотиваційний механізм - це лише половина справи. Він повинен бути успішно реалізований, що можливо лише в тому випадку, якщо стратегія розвитку організації охорони здоров'я розуміється усіма її працівниками [11].

Впровадженню та формуванню досконалої системи мотивації персоналу закладів охорони здоров'я передують визначення цілей, стратегій розвитку та побудова системи мотивації, для того щоб працівники докладали максимум зусиль для досягнення результатів, що сприяють загальним цілям розвитку.

На управління системою мотивації персоналу впливають два елементи системи - мотиви та стимули. Треба впливати на формування мотивів

персоналу для побудови необхідної мотиваційної структури персоналу; пояснення системи стимулювання дозволяє цілеспрямовано здійснювати зовнішній вплив на персонал закладу охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМИ РЕСУРСАМИ НА ПРИКЛАДІ КНП «ШОСТКИНСЬКА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ» ШМР

3.1 Умови праці середнього медичного персоналу та оплата праці

Найважливішим фактором «витіснення» персоналу з медичної галузі є низький рівень оплати праці медичних працівників.

Нормативно-правова база України передбачає виплату на основі посадових окладів, затверджених Кабінетом Міністрів України, і враховує тільки відпрацьований час. Безперечно, це спричиняє відсутність у медичних працівників мотивації підвищувати рівень якості, а у керівників медичних установ - відсутність зростанню обсягу послуг.

В дитячій лікарні оплата праці здійснюється на основі наказу Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 05.1-.2005 року № 308/519 «Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» розробленого відповідно до постанови КМУ від 30.08.2002 року № 1298 «про оплату праці працівників Єдиної тарифної сітки і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» зі мінами.

Згідно колективного договору в закладі встановлено розмір посадових окладів розмір яких визначається за тарифними розрядами Єдиної тарифної

сітки, які встановлюються професіоналам, фахівцям залежно від кваліфікаційної категорії.

Оплата праці здійснюється за фактично відпрацьований час, виходячи з посадового окладу, або в залежності від виконання норм виробітку з урахуванням підвищень, доплат та надбавок передбачених діючим законодавством. Заробітна плата працівників граничними розмірами не обмежується.

Конкретні розміри надбавок або доплат визначається головним лікарем за рахунок та в межах фонду заробітної плати та відображаються в розрахункових відомостях на виплату заробітної плати.

Зміни розмірів посадового окладу, підвищення, доплат та надбавок здійснюється з моменту (дня): призначення на посаду відповідної кваліфікації; присвоєння кваліфікаційної категорії, почесного звання, наукового ступеня, тощо; зміну розміру окладу (тарифної ставки); та інше.

К колективному договору закладу чітко прописані Положення про преміювання працівників, які здійснюються також в межах фонду заробітної плати, а см розмір премії залежить від особистого внеску в загальні результати роботи лікарні і граничними розмірами не обмежуються.

Згідно Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо строків виплати заробітної плати» № 2559-VI від 23.09.2010 виплату заробітної плати проводять не рідше двох разів на місяць.

Також в закладі проводяться виплати надбавок за вислугу років відповідно до чинного законодавства.

Однак незважаючи на всі ці виплати та надбавки заробітна плата середнього медичного персоналу залишається дуже низькою, в той час як навантаження на медсестру постійно зростає, що призводить до знецінення даної професії та намагання медичними сестрами шукання «кращої долі».

Іншим показником, який характеризує фінансування кадрових ресурсів на охорону здоров'я, є частка витрат на оплату праці медичного персоналу в

порівнянні з розміром прожиткового мінімуму та розміром середньої заробітної плати в економіці.

Не зважаючи на це, існує відставання у розмірі заробітної плати (тарифної ставки) працівників I тарифного розряду ЄТС від мінімальної заробітної плати.

Сьогодні СОЗ входять до трійки найбільш низькооплачуваних галузей (поруч з сільським господарством, рибальством). За показником адекватності оплати праці (соціального благополуччя) медичних працівників ВООЗ, який характеризується відношенням рівня зарплати медичного працівника до ВВП на душу населення. Цей показник для України становить 24,3% [13].

Низька заробітна плата спонукає медичних працівників до додаткових доходів за межами основної роботи – сумісництво в інших клініках, в приватних медичних закладах тощо. Інтенсифікація праці, у свою чергу, призводить до зростання серед медичних працівників захворюваності та інвалідності. Крім того, застаріле медичне обладнання несе загрозу життю і здоров'ю фахівців. Це призводить до того, що зростає захворюваність і смертність серед медичних працівників, зокрема останніми роками значно зросла захворюваність серед медичних працівників на інфаркти, інсульти, психічні захворювання тощо.

Серед медичних працівників ми часто спостерігаємо професійне вигорання, адже навантаження на медичних сестер на сьогоднішній день в КНП «Шосткинська дитяча лікарня» стоїть дуже гостро. Лікарня функціонує, як окрема структура в місті поряд з центральною районною лікарнею та обслуговує мешканців Шосткинського, Ямпільського, С-Будського та Кролевецького районів. В Сумській області дитячих лікарень лише дві: одна в м. Суми, друга в м. Шостка, тому маючи високий потенціал, сили та насагу слід впроваджувати систему мотивації не лише для лікарів, а й для середнього медичного персоналу, щоб вивести заклад на новий більш високий рівень надання медичної допомоги дітям.

Таким чином медична галузь втрачає кваліфікованих кадрів. Одним з тривожних сигналів є міграційні процеси (як на галузевому рівні, так і міграція кваліфікованих фахівців до інших країн) - Україна є донором трудових ресурсів для ЄС та США. За оцінками експертів, глобальна міграція медичних працівників за останні 30 років подвоїлася. Кожен десятий медичний працівник в ЄС походить з інших країн, включаючи Україну. В основному це люди працездатного віку, більшість з яких є вузькоспеціалізованими спеціалістами. Так, за даними дослідників, 44% лікарів-мігрантів мали вищу кваліфікаційну категорію, I та II кваліфікаційну категорію відповідно 16% та 12% [33].

Хотілося б зазначити, що норми навантаження на медсестер та стандарти оснащення їх робочих місць у закладі не переглядались протягом багатьох років і не відповідають сучасним вимогам. Тому стає зрозумілим, чому серед цієї категорії медиків є такий високий рівень професійних захворювань та вигорання. А заробітна плата медсестри не дає їй можливості не тільки пройти санаторно-курортне лікування, але і повноцінно харчуватися. І загалом, нинішня заробітна плата не відповідає рівню професійного навантаження.

Нині медсестра в Україні опікується 20-50 хворими, в той час коли її колега на Заході - 5. Тому необхідно переглянути штати медперсоналу (у бік збільшення), зменшити кількість пацієнтів, що обслуговує одна медсестра. Також важливо, щоб у процесі оптимізації ліжкового фонду посади акушерок, медсестер, фельдшерів та молодших медичних сестер не скорочувались: вони вже і так максимально скорочені. Крім того, потрібно збільшити кількість медсестер у стаціонарах та запровадити дворівневий догляд за пацієнтами, який забезпечуватимуть медсестри першого рівня та медсестри-бакалаври (обов'язки повинні бути розподілені між ними) [36].

Сестринський догляд за пацієнтами (як вимагають стандарти) втрачається в наших лікарнях. Його виконують молодші медсестри, які не мають медичної освіти, або родичі пацієнта. Натомість, саме догляд важливий при лікуванні та одужанні пацієнта, особливо коли мова йде про маленьких пацієнтів.

Наш заклад не зовсім укомплектований та осучаснений. Наприклад в закладі відсутній ліфт, і це є однією з проблем для середнього медичного персоналу, так як медсестрами переважно працюють жінки та молоді дівчата то фізичне навантаження на них дуже велике, особливо при транспортуванні непритомних хворих на 3 поверх, де знаходиться палата інтенсивної терапії та реанімації.

Так більшість фізичних навантажень медсестер пов'язані з транспортуванням, підніманням, переміщенням пацієнтів. Одним з нагальних питань є безпека медичної сестри на робочому місці. Сюди входить відсутність належного протиепідемічного захисту, постійна робота з дезінфікуючими засобами та ліками, відсутність спеціального одягу.

Медичних закладів, які досконало оснащені на сьогоднішній день не дуже багато, натомість: молодші спеціалісти з медичною освітою часто не мають засобів індивідуального захисту, недостатнього знання основних правил безпеки.

Значне фізичне та емоційне навантаження - у середнього медичного персоналу реанімації та інтенсивної терапії, відділеннях невідкладної допомоги (бо нам не вистачає лікарів швидкої допомоги), а також фельдшерам у бригадах швидкої допомоги: до них повинні входити двоє молодших медичних спеціалістів, але в даний час цього правила не дотримуються. Тому необхідно привести персонал фельдшерських бригад ЕМД у відповідність до нормативних штатів[36].

Необхідно розробити рекомендації стосовно встановлення різного ступеня навантаження на медперсонал, методів оплати праці медсестер залежно від якості роботи та обсягу сестринських маніпуляцій.

Під час реформування галузі тепер гроші розраховуються не за ліжко – дні, а за пролікованого пацієнта та наданні йому послуги.

Дитяча лікарня перейшла на комп'ютеризовану систему заповнення історій хвороб, що ще навантажило медичних сестер, адже поряд з тим, що вона повинна чітко, грамотно та якісно виконувати свою роботу, яка займає

практично весь час в зміні, то вона повинна, ще й в електронному вигляді реєструвати всі маніпуляції та процедури які вона виконала, і саме від того, що вона внесе в електронну систему, і що побачить на своєму ресурсі НСЗУ залежить заробітна плата медичного персоналу, адже гроші будуть перераховуватись за кожного пролікованого пацієнта.

В результаті реформування системи охорони здоров'я, розширення та якісної зміни галузі, впровадження новітніх технологій, методів діагностики та лікування збільшується оборот ліжка, зменшується тривалість перебування пацієнта в лікарні, але все це трапляється завдяки збільшенню інтенсивності роботи медичного персоналу та навантаження на середній медичний персонал.

3.2 Юридичні аспекти дій медичного персоналу, як запорука правової компетенції пов'язаної з професійною діяльністю

Для чіткої організації та здійснення запровадження реформ охорони здоров'я, спрямованих на надання медичної допомоги населенню, роль сестринської служби та медичної сестри як особистості зростає, так як вона першою зустрічається з пацієнтом, його родиною та найближчим оточенням.

Наразі питанням юридичної грамотності та юридичної відповідальності медичних працівників при виконанні професійних обов'язків приділяється підвищена увага. Це зумовлено низкою причин, основними з яких є зміна пріоритетів у регулюванні медичної допомоги населенню, а також інтенсивний прогрес громадянського суспільства. Адміністративно-правові методи вирішення суперечливих питань охорони здоров'я були замінені юридичними - більш прогресивними, сучасними та цивілізованими методами регулювання.

У ХХІ столітті розширення сфери права, як універсального інструменту впливу на проблемні питання суспільства, торкнулося і медицини України. На відміну від недавнього минулого, нерідкі випадки, коли громадяни подають позови про захист своїх прав та законних інтересів у наданні їм медичної допомоги. Зростання юридичної грамотності населення, формування Інституту адвокатури в медицині змушують по-новому розглянути аспекти ставлення медичних працівників до правового регулювання охорони здоров'я. Але слід

також зазначити, що основна юридична відповідальність лежить лише на медичному персоналі.

Вивчивши законодавство України, може скластися враження, що предметом медичного права є виключно лікарі. Наприклад, в Основах українського законодавства про охорону здоров'я слова «лікар» та «медичний» трапляються багато разів, а слово «медсестра» зустрічається лише 4 рази - і означає не медичного працівника, а близького біологічного родича. Звичайно, все це не означає, що медсестри не відповідають за свої професійні дії. Досвід показує, що в більшості випадків така відповідальність є солідарною, оскільки, незважаючи на всі введені та анонсовані реформи, суть ієрархічних відносин в українській медицині не змінилася, і звичайна медсестра досі не є «рівноправним членом колективу» але підлеглий. руками лікаря. «Таким чином, значна частина відповідальності покладається на лікаря як «лідера тандему», але медсестри також отримують свою «частку» . В даний час трапляються ситуації, коли медична сестра є єдиним носієм відповідальності, особливо для керівників сестринських служб, кількість і значення яких у вітчизняному медичному обслуговуванні зросла за останні роки. Очевидно, що всі медсестри, особливо головні медсестри, повинні чітко уявляти свої професійні обов'язки в сучасних правових нормах, що регулюють професійну діяльність. Проблема професійної підготовки медичних сестер у галузі права.

Саме в цій галузі підготовки медперсонал в Україні демонструє серйозні прогалини у знаннях. Існує небагато досліджень порівняльної обізнаності лікарів та медсестер у правових питаннях охорони здоров'я, але вони підтверджують загальну тенденцію.

Для виконання своїх професійних обов'язків без урахування можливих правових санкцій медичним працівникам необхідні достатні знання законодавства загалом та юридичної відповідальності зокрема. Так слова відомого американського кардіолога Б. Лоне вважатимуть винятком, а не правилом: «Коли лікарів запитують, що їх найбільше турбує, вони завжди говорять – звинувачення». Основою цього є чітко визначені принципи та

правила юридичної відповідальності працівників охорони здоров'я за вчинення професійних правопорушень

В державі впродовд тривалого часу мова йшла переважно про кримінально-правові методи впливу на правопорушників у галузі медицини. Прийняття нового Цивільного кодексу України, розвиток законодавства про охорону здоров'я, формування судової практики у справах переслідування медичних працівників свідчить про існування чотирьох принципово різних видів відповідальності медичних працівників за правопорушення: $\frac{3}{4}$ кримінальна; $\frac{3}{4}$ цивільний (майновий); $\frac{3}{4}$ адміністративний; $\frac{3}{4}$ дисциплінарний. Злочини, що становлять небезпеку для життя та здоров'я людей, вчинені у сфері медичної допомоги, та кримінальна відповідальність за них визначена чинним Кримінальним кодексом України у розділі II «Злочини проти життя та здоров'я людини».

До цих злочинів належать: неналежне виконання професійних обов'язків, що призвело до зараження людини вірусом імунодефіциту людини або іншою невиліковною інфекційною хворобою (стаття 131); незаконне переривання вагітності (стаття 134); незаконна медична діяльність (стаття 138); ненадання медичної допомоги пацієнту (ст. 139); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (стаття 140); порушення прав пацієнта (стаття 141); незаконне проведення експериментів на людях (стаття 142); порушення встановленого законодавством порядку трансплантації органів або тканин людини (стаття 143); примусове пожертвування (стаття 144); незаконне розголошення лікарської таємниці (стаття 145)[37].

Право не розголошувати конфіденційну інформацію про особу гарантується Конституцією України (стаття 32 (частина 2), стаття 34 (частина 3)).

Право на лікарську таємницю закріплено в Основах законодавства України про охорону здоров'я (статті 39 (частини 2, 5), 39-1, 40, 43 (частина 1)). Деякі аспекти визначені Сімейним кодексом України (стаття 30), Цивільним

кодексом України (стаття 285 (частини 2, 4), стаття 286), Кримінальним кодексом України (статті 132, 145), законами "Про Інформацію "(стаття 21 (частина 2))[38].

Розглядаючи КНП «Шосткинська дитяча лікарня», як заклад на прикладі якого написана робота та проведено деякий аналіз, я чітко можу сказати, що не всі середні медичні працівники знають нормативну базу та закони, якими вони повинні керуватися в своїй роботі. Більшість законів, постанов, наказів, розпоряджень та нормативних актів полегшують та спростовують нашу роботу, але той факти, що ми не спроможні ним керуватися призводить до дисбалансу в роботі.

Відсутність в закладі штатного юриста, який може проводити семінари, тренінги, вебінари, заняття та консультації в деякій мірі знижує правову компетенцію медичного персоналу та розуміння меж своїх повноважень, обов'язків, прав та відповідальності.

3.3 Критерії оцінювання якості роботи молодших спеціалістів з медичною освітою в КНП «Шосткинська дитяча лікарня»

Загальна система оцінки роботи середнього медичного персоналу суттєво відрізняється серед керівників ЗОЗ. Це веде до незбалансованого підходу до оцінки якості роботи медичного персоналу, коли керівники зосереджуються виключно на клінічних результатах (охоплення послугами, смертність) або, навпаки, на фінансових та операційних показниках.

У державному секторі основним інструментом оцінки ефективності діяльності лікарів та медсестер залишається атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії. Поза сертифікацією оцінка роботи медичного персоналу не є систематичною і є результатом розслідування певних порушень / помилок, а не звичайною практикою.

Показники якості медичної допомоги та ефективності діяльності лікарів, визначені національними правилами чи документами закладів охорони здоров'я, часто не є конкретними та не піддаються вимірюванню, не мають

чітких часових обмежень. Переважає бальна оцінка експертів, яка вважається достатньо суб'єктивною. Однією з основних причин відсутності КПЕ - є обмеження системи збору даних, необхідних для вимірювання показників.

В Україні не існує практики, коли результати показників ефективності персоналу, зокрема щодо якості медичних послуг та задоволеності пацієнтів, є частиною публічної інформації.

Дослідивши процес оцінки компетентності, слід зазначити, що основним для всієї системи управління професійною компетентністю є визначення відхилень існуючого рівня професійних компетентностей медичного персоналу від встановленого стандарту, з'ясування причин систематичної невідповідності персоналу відповідно до займаної посади.

Оцінка компетентності медичних працівників, класифікована вченими як одна з «найважливіших сфер управління персоналом» організацій (установ, підприємств), в сучасній теорії та практиці економічного аналізу проводиться з використанням різних методів, серед яких заслуговує на увагу метод оцінки; метод порівнянь; метод критичної ситуації.

В даний час вчені розробили різні підходи до оцінки компетентності медичного персоналу. На мою думку, цей процес може складатися з чотирьох етапів: визначення критеріїв оцінки, організаційного та технічного забезпечення, документації та моніторингу. На етапі визначення критеріїв оцінки важливо, щоб для кожної посади була розроблена модель компетентності. У цьому випадку кожна компетентність оцінюється за набором поведінкових показників, які згруповані в модулі.

Отже, рівень розвитку компетентності (наприклад, «висока особистісна незалежність та відповідальність» для керівників відділень лікарень) оцінюється за п'ятибальною шкалою. Для того, щоб оцінити, наскільки це добре / погано для конкретної посади, необхідно розробити корпоративні «критерії успішності».

Наступний етап «Організаційно-технічного забезпечення» бачить перед собою використання в процесі оцінки комплексного підходу до використання

ефективних інструментів та ефективних мотиваційних методів та зворотного зв'язку на усіх рівнях управління. Етап документального оформлення - це розробка відділом кадрів необхідних документів (положень, інструкцій, бланків оцінки тощо), що регулюють роботу системи оцінювання. На цьому етапі також надається інформаційна підтримка процесу оцінювання в організації. Моніторинг системи оцінювання персоналу дає змогу розробляти та впроваджувати заходи щодо запобігання суб'єктивності оцінки.

Він є одним з найважливіших етапів, так як дозволяє своєчасно контролювати систему оцінювання, аналізувати стандарти та вимоги, яких повинен дотримуватись медичний персонал при виконанні завдань. Звичайно єдиної «типової» моделі менеджера не існує, оскільки умови його успіху в конкретній організації залежать від багатьох факторів - організаційної структури, обсягу діяльності, функціональних обов'язків, особливостей корпоративної культури тощо.

Компетенцію та поведінкові показники слід визначати чітко та стисло, показники повинні базуватися на поведінкових проявах, адже модель компетентності повинна бути простою у використанні [11].

В дитячій лікарні для медичних сестер розроблено та затверджено внутрішнім наказом критерії оцінювання якості роботи (додаток 1), які розроблені на основі публікацій з Довідника головної медичної сестри.

Згідно даного наказу, щоквартально старшою медичною сестрою разом з завідуючою відділенням проводиться оцінка якості роботи, яка фіксується в контрольній карті (додаток 2), після чого проводиться аналіз якості виконання стандартів (додаток 3). В кінці року пишеться звіт (додаток 4) про рівень якості виконання стандартів які розроблені в лікарні. На основі даного звіту можна зробити висновок про рівень надання послуг та якість виконання стандартів роботи середнім медичним персоналом, скоригувати роботу та виправити можливі недоліки.

3.4 Закордонний досвід роботи середнього медичного персоналу та перспективи для медичних сестер України

Медсестри - це саме ті медичні працівники, які найбільше часу проводять з хворими, адже саме від них зазвичай залежить процес одужання пацієнтів, але роль медичної сестри на сьогоднішній день залишається недооціненою, а тому було б доцільно змінити цю думку та створити нову модель в медсестринстві. Більш того заохотити більше людей вчитися цій професії.

2020 рік було проголошено роком медсестринства в Україні – саме це комплексним інструмент розбудови нового бачення і моделі медсестринства. Він включає питання освіти, практики, нової ролі медичної сестри в лікувальному процесі, а також лідерства в професії.

Дивлячись на закордонний досвід, професія медсестри дійсно цінується. Так в Ізраїлі медсестра - абсолютно самостійна спеціальність. Зазвичай лікар вибирає лікування, і саме медсестра, повинна бути в курсі його призначень, бо саме вона складає та здійснює програму догляду за пацієнтом.

На Заході медсестри мають більшу відповідальність, наприклад, коли збирається консиліум лікарів і вирішує, що робити з пацієнтом, медсестра теж бере участь, тому що вона мало не єдина людина, яка найбільше часу проводить з пацієнтом. Її думка так само цінна у виборі курсу лікування, як і думка лікаря.

В роботі зазнає широкого загалу комунікація пацієнта і медсестри. Саме від того, як правильно розмовляти з пацієнтом залежить тактика догляду за ним. Для роботи - це фундамент, якщо ти не можеш спілкуватися з людиною з емпатією, ти не можеш бути медсестрою, тому що сама професія має на увазі співчуття і підтримку людини в важкий період.

Наприклад, медичні сестри помічають, що одна з найголовніших речей в одужанні дитини, щоб мама була поруч навіть в реанімації. На Заході лікарі просто пояснюють, що робити, якщо мати під час операції вривається до дитини, починає кричати, або з нею трапляється істерика. Перше, що потрібно зробити, - заспокоїти маму. У лікарні для цього є спеціальні співробітники і психологи. І потім, коли батьки заспокоєні, необхідно дати їм всю інформацію про лікування дитини. Це теж основний підхід: чим більше ти знаєш, тим

менше боїшся. Тому якщо медсестра робить якусь маніпуляцію, вона зобов'язана пояснити людині, що зараз буде робити і як. І тільки після цього приступати. А не як у нас: швидко встав, пішов і без зайвих питань.

В 2020 році, цей рік було оголошено роком медсестри - було розпочато заходи, пов'язані з розширенням повноважень медсестри на первинній ланці.

Європейська стратегія розвитку системи охорони здоров'я спрямована на розвиток та мобілізацію потенціалу медичних сестер. Ролі медсестер часто розширюються в залежності від потреб в охороні здоров'я того чи іншого регіону.

В Європейських країнах медичній сестрі відводиться велике значення. Медична сестра розглядається як дуже гнучкий та ефективний людський ресурс, який завдяки тренінгам і навчанню можна підлаштувати під потреби часу та місця, при цьому важливою є базова фундаментальна підготовка, яка включає виховання лідерських якостей, здатності приймати незалежні клінічні судження, аналізувати потреби пацієнта, здійснювати самостійне планування і реалізацію плану лікування.

Так, наприклад в Британії навчання медичних сестер триває мінімум три роки, з яких перший рік присвячений вивченню фундаментальних наук і наступні два - отриманню практичних навичок за обраним напрямком – дорослі, педіатрія, психічне здоров'я. Таким чином базову підготовку фактично можна назвати госпітально-базисною, оскільки більшість навчального часу медсестри проводять в лікарні.

Постійне навчання також дає можливість отримувати розширені компетенції, як наприклад менеджмент або викладацька діяльність, що створює додаткові траєкторії розвитку працівників.

Основними характеристиками медсестри на первинній ланці в сучасній моделі є:

- бути незалежною і мати інноваційний підхід, бути здатною використовувати більш високий рівень прийняття професійних рішень у все більш складній системі медичної допомоги;

- безпечно й ефективно застосовувати принципи доказової медицини, керувати наявними ресурсами та мати широкоглядність при наданні допомоги;
- бути членами, а часто і керівниками мультидисциплінарних команд, в яких колеги мають освіту такого самого або нижчого рівня;
- бути лідером у зміцненні, підтримці трансформацій і розвитку клінічних послуг.

Такий підхід до ширшої відповідальності медсестер спрямована на покращення допомоги, зменшення витрат, на досягнення більш ефективного розподілу людських ресурсів, щодо потреб хворих.

Так в Бельгії робота медсестри призводить до впровадження нових стратегій зміцнення здоров'я та в допомозі на первинній ланці в громаді.

В Німеччині інтегровані підходи до надання допомоги та пацієнт-орієнтовані інтервенції, спрямовані на підтримку людей у боротьбі з неінфекційними захворюваннями, проводяться саме медичними сестрами - один на один із пацієнтами та в мультидисциплінарних командах.

В Ірландії від медсестер вимагається знання широкого спектру станів, локальних протоколів і маршрутів пацієнта, принципів доказової медицини і застосування її в умовах громади й сімейної медицини. Це стосується довготривалого догляду, наприклад, артриту, деменції, але також і діабету, серцево-судинних захворювань, й надання паліативної допомоги.

Підсумовуючи, розширені повноваження медсестер - це ефективний та дієвий спосіб досягнення доступності первинної ланки, покращення догляду і доступу до медичної допомоги. Особливо це актуально в сільській місцевості та при роботі з вразливими групами населення. Безперечно, це сприяє універсальному охопленню послугами охорони здоров'я.

Медична сестра нового покоління повинна забезпечувати висококваліфіковану допомогу пацієнту на сучасному рівні, знати та вміти застосовувати основні методи реанімації, невідкладної допомоги, знати та застосовувати локальні протоколи, стандарти основних маніпуляцій та процедур сестринського догляду, методи управління та менеджменту, а також

приймати незалежні рішення. Впровадження новітніх медичних технологій, у свою чергу, вимагає від медичного персоналу постійного вдосконалення своїх теоретичних та практичних навичок.

ВИСНОВКИ

Підвищення якості медичних послуг в Україні є актуальною, складною багатофакторною проблемою. Заклади охорони здоров'я можуть успішно використовувати для вдосконалення своєї діяльності, поліпшення якості лікування та якості життя, поліпшення здоров'я населення лише на основі підвищення освітніх стандартів, у тому числі за допомогою системи безперервної післядипломної освіти медсестер на всіх рівнях освіти, яка повинна бути направлена на поглиблене формування їх професійних та управлінських компетенцій, що в свою чергу є однією з основних складових забезпечення якості професійної та управлінської діяльності медсестер в системі охорони здоров'я.

Як ми бачимо в попередніх розділах, відсутність чіткого державного кадрового забезпечення у галузі охорони здоров'я веде до кількісної та якісної кризи людських ресурсів у секторі охорони здоров'я в Україні, що заважає здійсненню реформ у цій галузі.

Таким чином, для досягнення високих результатів у реформуванні державної охорони здоров'я галузеві кадрові ресурси мають бути грамотно

розроблені з урахуванням реальних потреб вітчизняного сектору охорони здоров'я та завдань його реформування. Для вирішення кадрових питань необхідно розробити та прийняти Державну концепцію кадрового забезпечення охорони здоров'я в Україні.

Реалізація Державної концепції повинна включати:

1. Короткотерміновий період, який передбачає:

- вдосконалення нормативної бази;
- розробка та впровадження ефективних методів та інструментів реалізації кадрової політики;
- створення єдиного реєстру медичних працівників;
- продовження навчання відповідного медичного персоналу;
- робота над забезпеченням мотиваційного компонента;
- активне залучення професійних асоціацій до вирішення проблем КРОЗ;
- активна співпраця з міжнародними організаціями, зокрема ВООЗ, щодо людських ресурсів охорони здоров'я тощо.

2. Довгостроковий період, який передбачає:

- моніторинг та оцінка ефективності заходів, що реалізуються на першому етапі, та відповідне вдосконалення нормативної бази залежно від результатів реалізації цих заходів;
- запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки та наявності ризику у зв'язку з медичним втручанням;
- поступовий перехід до оптимальної системи співвідношення медичного персоналу;
- формування професійного самоврядування у вирішенні питань кадрового забезпечення та інноваційної політики, розробка єдиних стандартів медичної допомоги та оцінка якості їх роботи;
- продовження реалізації цілей, визначених у Концепції.

Для координації діяльності молодших спеціалістів з медичною освітою слід запровадити в обласному управлінні охорони здоров'я посаду провідного спеціаліста з медсестринства, який братиме участь у роботі управління та буде членом ради. Обіймаючи таку посаду він буде краще орієнтований на проблеми сестринської справи в регіоні, допоможе вдосконалити не тільки сестринську, а й медичну допомогу в цілому, значно підвищить авторитет медсестер.

Слід запровадити комп'ютеризацію робочих місць, нову систему управління молодшими спеціалістами з медичною освітою. Це забезпечить єдиний підхід до організації медичної допомоги на всіх етапах. А самим сестринським службам потрібно надати більше незалежності, покласти певні обов'язки та послуги на медсестер. Тільки тоді, коли підготовлений фахівець прийме самостійні рішення в межах своєї компетенції та зможе застосувати набуті знання на практиці, він отримає моральне задоволення від професійної діяльності.

Основними проблемами кадрового забезпечення сектору охорони здоров'я в Україні є:

- непропорційність кадрового забезпечення;
- значне старіння людських ресурсів;
- збільшення плинності та міграції (внутрішньої, зовнішньої, внутрішньогалузевої та міжгалузевої);
- низька ефективність використання наявного потенціалу;
- зниження якості професійної освіти;
- незадовільна якість післядипломної освіти;
- недостатній досвід та організаційна роль управління.

Без комплексного підходу до вирішення цих проблем на місцевому та державному рівнях, без зацікавленості місцевої влади утримати молодих фахівців неможливо [13].

Крім покращення умов праці, важливо перейти на більш високий та сучасніший рівень освіти для медсестер. Ширший діапазон повноважень (як це має місце на Заході) економить лікарю багато часу і дозволяє йому допомагати

більшій кількості пацієнтів. слід впроваджувати в діяльність сучасні міжнародні стандарти та навчити наш середній медичний персонал сучасним практикам.

Тож для повноцінного реформування медсестринства в Україні необхідно розробити відповідну нормативну документацію, створити нову нормативну базу для післядипломної освіти (потрібні нові підходи як до навчання на курсах удосконалення та спеціалізації молодших спеціалістів з медичною освітою, так і до їх атестації).

Розглянувши кадрове забезпечення середнім медичним персоналом в Україні в цілому і в КНП «Шосткинська дитяча лікарня» зокрема, можна зробити певні висновки.

Вища медична освіта для медичних сестер в Україні набирає обертів, але кількість місць на бюджетній основі дуже низька, а навчання за контрактом не кожен може собі дозволити, враховуючи заробітну плату медичної сестри на сьогоднішній день. Натомість ми бачимо, що освіту можна отримати як на очній та заочній формах навчання, так і дистанційно, що дає змогу навчатися особам які працюють. В подальшому вища освіта для медичних сестер може стати обов'язковою умовою, якщо особа буде прагнути займати керівну посаду в закладі охорони здоров'я.

Рівень заробітної плати залишається на низькому рівні, порівняно з середньою заробітною платою в Україні, а відсоток скорочень в умовах реформи вторинної ланки зростає, бо більшість закладів не спроможні утримувати велику кількість медичних сестер, натомість навантаження на персонал зростає, адже кількість ліжкового фонду не скорочується.

Система мотивації в закладах охорони здоров'я, залишає бажати кращого, адже впроваджено лише преміювання за сумлінну роботу та заслуги в сфері охорони здоров'я.

Для більш якісної та продуктивної роботи, на мою думку медичним сестрами слід надати деяку автономію, розширити їх повноваження, дозволити

самостійно приймати рішення стосовно догляду за пацієнтом в межах їх компетенції.

Також слід ввести та розробити ряд нормативних документів, якими вони можуть керуватись в своїй роботі: алгоритми та єдині стандарти для медичних сестер.

Я вважаю, що треба підвищувати рівень освіти та науки на робочих місцях, шляхом проведення занять, тренінгів, різноманітних професійних конкурсів, проведення майстер – класів.

З метою підвищення якості обслуговування пацієнтів та рівня надання медичної допомоги, медичні сестри повинні бути більш обізнані в правовій системі. Чітко знати свої права та обов'язки, та вміти застосовувати їх на практиці .

Звичайно, можна запровадити показники ефективності роботи медсестер (вони вже існують у багатьох регіонах), але це також повинно вплинути на оплату їх роботи. Все потребує мотивації, адже мотивація – це запорука сталого розвитку в професійній діяльності.

Додаток 1.

**Критерії оцінювання якості роботи
молодших спеціалістів з медичною освітою**

№ з\ п	Сфера оцінювання	Основні показники	Максималь на кількість балів
1.	Рівень практичної підготовки, який контролюється на базі практичних та теоретичних занять персоналу не рідше	1.Практична підготовка: 1) участь у загальних конференціях закладу та заняттях у відділенні; 2) професійна взаємодія; 3) своєчасна підготовка на курсах удосконалення та спеціалізації,	6

	одного разу на місяць за результатами систематичних занять із підвищення кваліфікації у відділенні, закладі і на базі підвищення кваліфікації вимог згідно із стандартами	атестація: 4) освоєння суміжних спеціальностей; 5) відвідування медичної бібліотеки; 6) проведення медико-гігієнічної роботи серед хворих та їх родичів з питань профілактичної медицини, гігієнічного навчання та виховання, формування здорового способу життя.	
2.	Виконання функціональних обов'язків та правил внутрішнього трудового розпорядку	1. Наявність посадової інструкції на робочому місці та чітке виконання функціональних обов'язків відповідно до посадової інструкції. 2. Дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку та трудової дисципліни на робочому місці	2
3.	Дотримання та виконання	1. Наявність стандартів сестринського догляду на робочому місці.	1

стандартів роботи, ведення медичної документації, обладнання робочого місця	<p>2.Впровадження стандартів у роботі:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) підготовка робочого місця до прийому та здачі зміни, враховуючи оснащення виробами медичного призначення, стерилізаційною апаратурою, дезінфікуючими та антисептичними розчинами; 2) прийом та здача зміни (участь у щоденних оперативних нарадах відділення); 3) контроль за наявністю та технічним станом інструментарію, медичного обладнання, інвентарю відповідно до табеля оснащення приміщень відділення; 4) раціональне використання матеріальних ресурсів (марлі, бинтів, лікарських засобів, виробів медичного призначення, антисептиків та дезінфікуючих засобів); 5) дотримання інструкцій з охорони праці, техніки безпеки та застережних заходів під час роботи з дезінфікуючими та мийними розчинами. 	5
	<p>3.Якість ведення медичної документації:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ведення необхідної робочої та медичної статистичної документації згідно діючих наказів та форм; 	3

		<p>2) наявність запису про виконання та підпис сестри медичної в листку призначень, журналах обліку;</p> <p>3) правильність оформлення направлень на дослідження та своєчасне отримання результатів діагностичних обстежень, правильне оформлення медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого.</p>	
		4. Результати перевірок Радою медичних сестер	1
4.	Правильність обліку, зберігання лікарських засобів і технології їх використання	<p>1. Дотримання умов зберігання лікарських засобів та виробів медичного призначення на посту, у процедурному, маніпуляційному кабінеті.</p> <p>2. Дотримання технологій роздачі лікарських засобів.</p> <p>3. Ведення облікової документації.</p> <p>4. Наявність укомплектованих укладок для надання допомоги хворим на госпітальному етапі при невідкладних станах.</p>	4
5.	Організація та здійснення догляду за хворими	<p>1. Дефекти в роботі під час догляду за хворими,</p> <p>2. Впровадження в роботу етапів сестринського процесу.</p> <p>3. Здійснення моніторингу за функціонуванням органів та систем організму хворого.</p> <p>4. Обгрунтовані скарги та зауваження</p>	4

		хворих	
6.	Дотримання технології виконання маніпуляцій і процедур	<ol style="list-style-type: none"> 1. Інформування хворого на всіх етапах виконання процедур. 2. Використання стандартів та дотримання техніки і алгоритмів виконання маніпуляцій. 3. Знання механізму дії лікарських засобів, їх взаємодії, можливі ускладнення та їх наявність. 4. Знання дій відповідно до алгоритму надання допомоги на догоспітальному рівні пацієнтам при невідкладних станах 	8
7.	Своєчасність виконання лікарських призначень	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скарги лікаря щодо своєчасності виконання призначень. 2. Скарги допоміжних служб щодо виконання призначень 	2
8.	Дотримання технології забору і доставки біологічного матеріалу для клінічних досліджень	<ol style="list-style-type: none"> 1. Інформування хворого на всіх етапах виконання процедур. 2. Використання індивідуальних засобів захисту від інфекції. 3. Дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. 4. Дотримання методики при проведенні забору біологічного матеріалу. 5. Знання діагностичного значення проведення лабораторних досліджень 	5
9.	Дотримання вимог санітарно-протиепідемічного режиму	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність на робочому місці основних нормативних документів із протиепідемічного режиму. 2. Дотримання правил особистої гігієни 	11

		<p>та вимог до форми одягу: ковпак, халат (або медичний костюм), змінне взуття, за необхідності маски.</p> <p>3. Дотримання вимог проведення дезінфекції та передстерилізаційного оброблення, дотримання правил та строків зберігання стерильного матеріалу.</p> <p>4. Дотримання правил інфекційної безпеки.</p> <p>5. Достатні знання та навички щодо роботи із стерильним матеріалом та інструментарієм.</p> <p>6. Контроль якості проведення дезінфекції та передстерилізаційного оброблення медичного інструментарію.</p> <p>7. Дотримання алгоритму протиепідемічних заходів при виявленні інфекційних хворих (під час карантину).</p> <p>8. Якість проведення поточних та генеральних прибирань та оформлення відповідної документації.</p> <p>9. Поводження з різними за ступенем безпеки відходами.</p> <p>10. Обов'язкове проходження профілактичних медичних оглядів та лабораторних обстежень.</p> <p>11. Контроль за діяльністю молодших медичних сестер.</p>	
10.	Дотримання	1. Інформування хворого на всіх етапах	4

	технології підготовки хворого до різних видів обстежень	виконання процедур. 2. Достатній обсяг знань щодо діагностичного значення процедур та протипоказань, можливих ускладнень при проведенні процедур. 3. Уміння психологічно підготувати хворого до виконання процедури. 4. Якість підготовки хворого до обстеження, маніпуляцій та виявлені дефекти	
11.	Дотримання медичної етики та деонтологічних принципів в обслуговуванні хворих та спілкуванні з колегами	1. Рівень культури обслуговування та спілкування з хворими, з родичами хворих та колегами, почуття такту, комунікабельність, доброзичливість, відповідальність. 2. Дотримання професійної (медичної) таємниці. 3. Скарги, зауваження з боку колег, адміністрації. 4. Обґрунтовані скарги з боку хворих	4
Максимальна кількість балів:			60 = 100%

**АНАЛІЗ
якості виконання стандартів сестринського (медичного) догляду молодшими
спеціалістами з медичною освітою**

_____ (назва структурного підрозділу)

_____ (період)

Працює сестер медичних _____

Середній бал роботи сестер медичних за цей період _____

Дефекти, що найчастіше трапляються в роботі сестер медичних:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Причини допущення помилок:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Рекомендації до усунення дефектів:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Заходи, вжиті за результатами попереднього аналізу:

1. _____

2. _____

3. _____
4. _____
5. _____

Аналіз проводиться щоквартально « _____ » _____ 201 __ року.

Завідуюча відділенням:

_____ (підпис)

_____ (П. І. Б.)

Старша сестра медична:

_____ (підпис)

_____ (П. І. Б.)

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вітенко І.С. Психологічні проблеми підготовки медичних кадрів в Україні // Журнал психіатрії і медичної психології. – 1995. – №1. – С. 22–26.
2. Вороненко Ю.В., Литвинова О.Ш. Менеджмент та лідерство в медсестринстві. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 367 с.
3. Гуманітарна сфера: питання теорії і практики. Монографія / В.І Куценко, Л.Г. Богуш та ін. За ред. В.І. Куценко. – К.: Наук. світ, 2002. – 456 с.
4. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України в 2004 р. Статистичний бюлетень. – К.: Держкомстат України, 2004. – 81 с.
5. Латишев Є.Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції // Одеський медичний журнал. – 2005. – №1(87). – С. 109–115.
6. Лиса Г.І. Трудовий потенціал установ охорони здоров'я і його формування в умовах ринкової економіки // Формування економічних відносин в умовах ринку / Зб. наук. пр. під ред. Фариона І.Д. – Тернопіль: Ек. Думка, 1998. – С. 292–295.
7. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.
8. МОЗ: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>
9. 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.
10. Україна — донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>
WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.who.int/hrh/en/>

11. МОН «СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я», 2020 рік
12. Васюк Н. О. Керівні кадри в системі охорони здоров'я: сутність понять. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики галузі охорони здоров'я / Н. О. Васюк // Матеріали науково-практичної конференції. – Київ. – 2015. – С. 18-23.
13. КАДРОВИЙ РЕСУРС у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. – К.: НІСД, 2012. – 35 с.
14. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України – Київ, 2009. – С.11–13.
15. Офіційна статистика МОЗ за 2019 рік
16. Україна - донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>
17. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.
18. Наказ МОНМС України від 24.06.2011 № 649 «Про затвердження і введення в дію складових галузевих стандартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста галузей знань «Медицина» та «Фармація»». URL: http://www.medcollege.mk.ua/wp-content/uploads/2019/05/Nakaz_galuzevi_standarty.pdf.
19. Постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2015 № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-п>.
20. Наказ МОН України від 06.11.2015 № 1151 «Про особливості запровадження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затвердженого

- постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 року № 266». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1460-15>.
21. Наказ МОЗ України від 07.07.2011 № 401 «Про введення в дію складових галузевих стандартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста галузей знань «Медицина» та «Фармація»». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0401282-11>. Подібний навчальний план було затверджено у 2002 р. наказом МОЗ України від 24.07.2002 № 282 «Про затвердження та введення нових навчальних планів підготовки фахівців за спеціальністю 5.110102 та 6.110100 «Сестринська справа»». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ1931?an=68985>.
22. Наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117 «Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0117282-02>.
23. Наказ МОЗ України від 21.06.2012 № 455 «Про затвердження навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар» за спеціальністю «лікувальна справа», які попередньо здобули освітньо-кваліфікаційний рівень молодшого спеціаліста за спеціальністю «лікувальна справа» та «сестринська справа», для навчання у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0455282-12>.
24. Наказ МОЗ України від 12.09.2008 N 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.
25. 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.

26. 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.
27. Наказ МОН від 05.12.2018 р. № 1344 «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти». — <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/223-medsestrinstvobakalavr.pdf>.
28. Масляков В.В., Масляков В.В., Левина В.А., Левина В.А., Кузнецова Э.В., Кузнецова Э.В., Лункова О.А., Лункова О.А. МОТИВАЦИЯ В СРЕДЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 3-2. – С. 352-357;
URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=29607> (дата обращения: 13.02.2021).
29. Освіта для медичних сестер в Україні Н. Ніколаєв 2019 рік
30. Наказ МОЗ від 29.03.2002 № 117 «Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»».
31. Див. щодо різних можливих спеціалізацій у підготовці магістрів медсестринства наприклад: <https://www.uts.edu.au/future-students/find-a-course/master-advanced-nursing>
32. Постанова КМУ від 28.03.2018 р. № 334 «Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань “22 Охорона здоров'я”». — <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/334-2018-%D0%BF>.
33. Колективний договір КНП «Шосткинська дитяча лікарня» ШМР 2018 – 2020 роки.

34. Соломанидина Т. О., Соломанидин В. Г. Мотивация трудовой деятельности персонала // Управление персоналом. — М., 2005.
35. Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали щоріч. Всеукр. наук.- практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 23 берез. 2016 р.) / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. – К. : ДКС-Центр, 2016. – 212 с.
36. Інтернет ресурс <http://www.vz.kiev.ua/reforma-medsestrynstva-chy-ye-pryvid-dlya-optymizmu>
37. Наукове видання ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ Матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю (Київ, 23 березня 2016 р.)
38. Інтернет ресурс. <https://www.legalaid.gov.ua/publikatsiyi/medychna-tayemnytsya-ta-vidpovidalnist-za-yiyi-rozgoloshennya/>