

12. Umgelter A, Reindl W, Franzen M, Lenhardt C, Huber W, Schmid RM. Renal resistive index and renal function before and after paracentesis in patients with hepatorenal syndrome and tense ascites. *Intensive Care Med.* 2009; 35(1):152-6. DOI:10.1007/s00134-008-1253-y
13. Voth M, Holzberger S, Auner B, Henrich D, Marzi I, Relja B. I-FABP and L-FABP are early markers for abdominal injury with limited prognostic value for secondary organ failures in the post-traumatic course. *Clin Chem Lab Med.* 2015; 53(5):771-80. DOI: 10.1515/cclm-2014-0354
14. Yi M, Yao G, Bai Y. The monitoring of intra-abdominal pressure in critically ill patients. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue.* 2014;26(3):175-8. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2014.03.010
15. Zhang N, Liu H. Study on the correlation between the changes in intra-abdominal pressure and renal functional in the patients with abdominal compartment syndrome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015; 19:3682-7.

Реферати

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМ КОМПРЕССИОННЫМ СИНДРОМОМ

Евтушенко В.В., Марков А.И., Крамарев С.А.

Целью работы было изучение изменений гемодинамики и маркеров повреждения органов желудочно-кишечного тракта у детей с внутрибрюшной гипертензией и синдромом абдоминальной компрессии при тяжелых формах инфекционных заболеваний. Проведено ретроспективное исследование 6 случаев синдрома абдоминальной компрессии у детей с инфекционными заболеваниями. Было установлено, что рост внутрибрюшного давления и развитие синдрома абдоминальной компрессии сопровождаются существенным повышением уровня биомаркера I-FABP в крови ($13,44 \pm 4,58$ нг/мл и $2,65 \pm 1,25$ нг/мл на фоне повышенного и нормального внутрибрюшного давления, соответственно), увеличением сердечного выброса ($6,0 \pm 0,57$ л/мин/м² против $4,3 \pm 0,34$ л/мин /м²), снижением диастолической скорости кровотока в почечной ($3,4 \pm 1,08$ см/с против $18,7 \pm 1,58$ см/с) и верхней брыжеечной ($5,1 \pm 0,87$ см/с против $17,5 \pm 3,90$ см/с) и повышением индекса периферического сопротивления (RI) в почечной артерии ($0,92 \pm 0,02$ против $0,70 \pm 0,02$).

Ключевые слова: синдром абдоминальной компрессии, гемодинамика, FABP, дети.

Статья надійшла 12.02.2019 р.

HEMODYNAMIC CHANGES IN CHILDREN WITH INFECTIOUS DISEASES COMPLICATED BY ABDOMINAL COMPRESSION SYNDROME.

Yevtushenko V.V., Markov A.I., Kramarev S.O.

We aimed to study changes of blood circulation and markers of gastrointestinal damage in children with intraabdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. We have studied 6 cases of abdominal compartment syndrome in children with infectious diseases. It was found that increased abdominal pressure and abdominal compartment syndrome were associated with significant elevation of intestinal serum biomarker I-FABP (13.44 ± 4.58 ng/ml amid elevated abdominal pressure vs 2.65 ± 1.25 amid normal abdominal pressure), higher cardiac output (6.0 ± 0.57 l/min/m² vs 4.3 ± 0.34 l/min/m²), decreased diastolic blood flow velocity in renal (3.4 ± 1.08 cm/s vs 18.7 ± 1.58 cm/s) and superior mesenteric (5.1 ± 0.87 cm/s vs 17.5 ± 3.90 cm/s) arteries, and elevated peripheral resistance index (RI) in the renal artery (0.92 ± 0.02 vs 0.70 ± 0.02 , $p < 0.05$).

Key words: abdominal compartment syndrome, hemodynamic. FABP. children.

Рецензент Похилько В.І.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-4-70-65-71

УДК 331.108.26:316.422:61 (477)

Р.Г. Жарлінська, А.О. Гаврилюк, А.А. Мішук¹, К. М. Вергелес, О.Ю. Бабійчук
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця
¹Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця

АНАЛІЗ МІГРАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

e-mail: allahavryliuk25@gmail.com

Авторами статті проаналізовано проблеми міграції медичних кадрів на основі аналізу та інтерпретації статистичних даних і робіт провідних експертів. Визначено пріоритетні напрямки реформування галузі охорони здоров'я щодо кадрової політики, зокрема створення належних умов праці та забезпечення відповідної високооплачуваною заробітної плати, підвищення престижу медичної професії, підвищення якості медичної освіти. Висвітлено цілі ефективного управління персоналом, проаналізовано систему мотивації персоналу на досягнення намічених результатів, запропоновано комплексний підхід до вирішення проблеми утримання працівників, в тому числі за допомогою клінічного аудиту.

Ключові слова: міграція медичних працівників, утримання персоналу, управління медичним персоналом, мотивація персоналу.

Робота є фрагментом НДР «Судово-медична діагностика механічної травми з використанням технологічних систем обробки цифрових зображень», № державної реєстрації 0114V004132.

Реформування галузі охорони здоров'я в Україні спрямовано на розвиток ринку медичних послуг і створення конкуренції, як серед закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) різних організаційно-правових форм, так і медичного персоналу з метою підвищення якості медичної допомоги і послуг. Персонал в умовах ринку - одна з конкурентних переваг організації, особливо це стосується послуг, які створюються і матеріалізуються самими працівниками. Для керівників останнім часом усе більш очевидним стає те, що саме персонал організації, мотивований, навчений, такий, що має необхідні

для роботи в конкретній організації компетенції, великою мірою визначає успіх бізнесу. Монопольних ринків майже не залишилося, будь-які нововведення швидко копіюються конкурентами, тому, як правило, перемагає той, у кого краще команда.

Медицина - одна з небагатьох галузей, в якій від якості людської праці і обсягу знань залежить життя людей. Якість послуг, що створюються і надаються, точність і швидкість постановки діагнозу, оптимальність вибраних методів лікування захворювання - усе це залежить від професіоналізму медичного персоналу. З іншого боку, важливим чинником в досягненні прийнятних фінансових результатів діяльності медичної установи є ефективність роботи його керівництва і допоміжних працівників.

Багато топ-менеджерів потужних американських лікарень вважають утримання своїх ключових співробітників (employee retention) головним чинником успіху діяльності [7, 8, 10]. Тому люди і їх досвід є вищою цінністю для будь-якої організації, і медична установа тут не є виключенням.

Метою роботи було проаналізувати причини міграції медичних працівників в Україні та запропонувати шляхи вдосконалення управління персоналом в закладах охорони здоров'я України в умовах реформування галузі.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні проаналізовано офіційні статистичні дані та сформовано динаміку темпу росту кількості вакантних посад лікарів в Україні в 2013-2018 р.р., укомплектованості штатних лікарських посад та посад середнього медичного персоналу фізичними особами ЗОЗ України в 2010, 2012-2018 р.р., середньомісячної заробітної плати за видами економічної діяльності у 2010-2018 роках; результати опрацьовані за допомогою табличного редактора Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. За останні роки в Україні спостерігаються тенденції до відтоку медичних кадрів за кордон. За неофіційними даними за кілька останніх років близько 70 тисяч медичних працівників виїхали з країни, з них 10 тисяч - лікарі. Ця цифра вперше була озвучена головою профспілки працівників охорони здоров'я м. Києва Л. Канаровською, яка зазначила, що протягом 2014 по 2016 рік з ЗОЗ звільнилося 66 тисяч осіб, включаючи скорочених працівників, пенсіонерів, тих, хто залишив медичну професію, і тих, хто виїхав на роботу за межі України [2].

В Україні не ведеться статистика трудової міграції за професіями. За даними Державної служби статистики України, у 2015-2017 роках з України виїхало 1,303 млн працівників. Але навіть за відсутності статистичних даних щодо кількості медиків, які виїхали працювати за кордон, лишається питання: чи не призведе трудова міграція до нестачі фахівців в Україні.

Статистичні дані МОЗ свідчать, що упродовж останніх шести років відбуваються зміни у кількості вакантних посад лікарів в українських закладах охорони здоров'я: на кінець 2018 року вакантними залишались 23644 штатних посад лікарів, у 2017 році - 22 635 посад, у 2016 році - 21 837, у 2015 - 21 707, у 2014 - 20 689, а у 2013 - 22 522 (рис. 1).

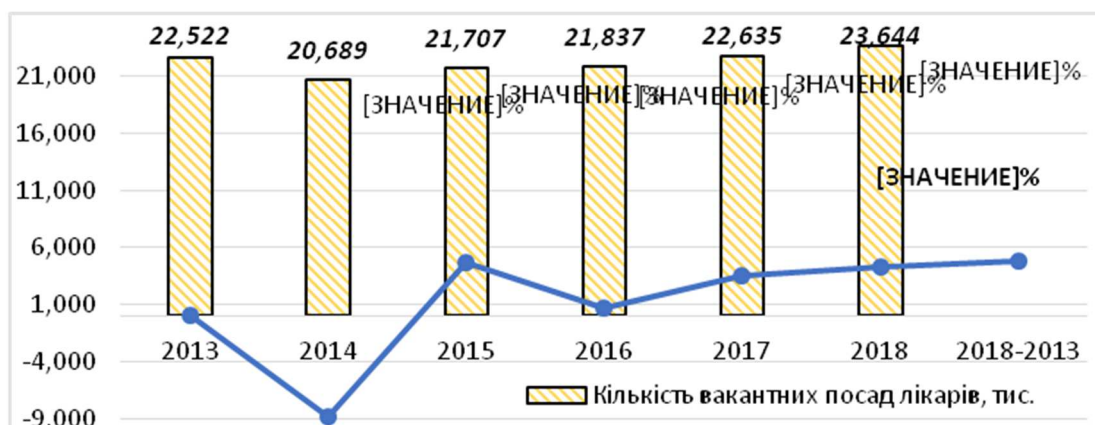


Рис. 1. Динаміка темпу росту кількості вакантних посад лікарів в Україні в 2013-2018 р.р. (складено авторами за [4])

Основною причиною виникнення міграції медичних працівників є відмінність у заробітній платі. Крім того, на міграцію впливають і кращі умови медичної діяльності, рівень новітніх технологій, можливості підвищення кваліфікації, отримання нового професійного досвіду та певних соціальних гарантій у країні-реципієнті (приймаючій країні). За даними МОЗ України, станом на 1 січня 2019 року укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами

становить 81,7%, в т.ч. у ЗОЗ – 78,0%, та посад середнього медичного персоналу – 91,1%, в т.ч. у ЗОЗ – 83% (рис. 2) [4].

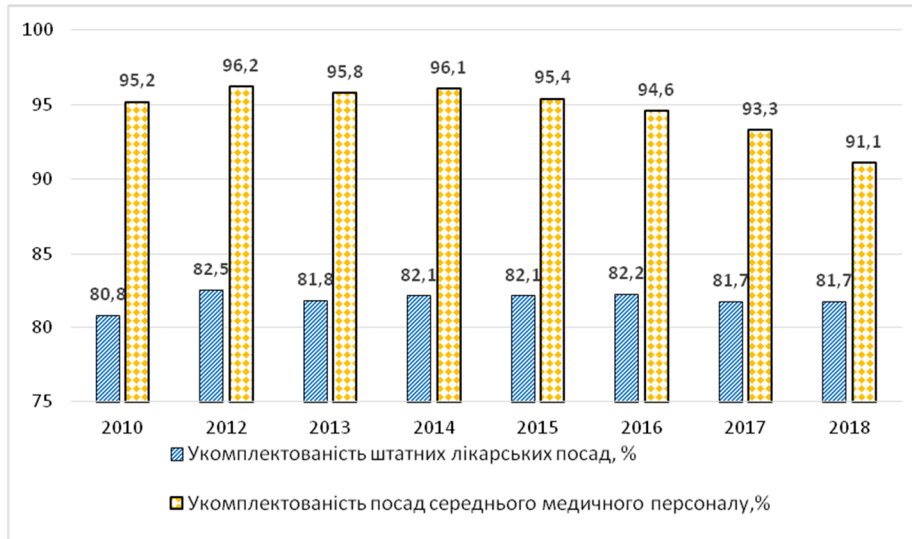


Рис. 2. Укомплектованість штатних лікарських посад та посад середнього медичного персоналу фізичними особами ЗОЗ України в 2010, 2012-2018 р.р., %

Як свідчить аналіз, головними причинами скорочення чисельності лікарів є: значна кількість осіб пенсійного віку (станом на 01.01.2019р. 24,6% з-поміж лікарів та 12,7% з-поміж середнього медичного персоналу); низька заробітна плата, що змушує лікарів і медичних сестер залишати державну медицину, а іноді й взагалі медичну діяльність, або емігрувати. За деякими даними, у Європі й США працює близько 20 тисяч лікарів із країн колишнього СРСР, у т.ч. з України.

Згідно з даними Державної служби статистики, середня зарплата медпрацівника в 2018 році становила 5 853 грн, а середня зарплата лікаря в Україні в 2019 році (з січня по липень) збільшилася вже до 6 754 грн. Проти інших видів економічної діяльності заробітна плата в охороні здоров'я залишається однією з найнижчих, не зважаючи на започатковану реформу охорони здоров'я в Україні (табл. 1) [1].

Таблиця 1

Динаміка середньомісячної заробітної плати за видами економічної діяльності у 2010-2018 роках (у розрахунку на одного штатного працівника, грн)

Вид діяльності	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Промисловість	2578	3119	3497	3774	3988	4789	5902	7631	9633
Будівництво	1777	2294	2543	2727	2860	3551	4731	6251	7845
Оптова та роздрібна торгівля; ремонт автотранспортних засобів і мотоциклів	1898	2371	2739	3049	3439	4692	5808	7631	9404
Транспорт, складське господарство, поштова та кур'єрська діяльність	2648	3061	3405	3582	3768	4653	5810	7688	9860
Сільське, лісове, рибне господарство	1467	1852	2094	2344	2556	3309	4195	6057	7557
Інформатизація та телекомунації	3185	3705	4360	4659	5176	7111	9530	12018	14276
Освіта	1884	2077	2532	2696	2745	3132	3769	5857	7041
Охорона здоров'я	1616	1762	2186	2351	2441	2829	3400	4977	5853
Фінансова та страхова діяльність	4695	5433	6077	6326	7020	8603	10227	12865	16161
Усього	2250	2648	3041	3282	3480	4195	5183	7104	8865

Примітка. Складено за [1].

Для порівняння протягом останніх років у країнах ЄС спостерігається зростання рівня середньої заробітної плати [3]. У 2017 році порівняно з 2014 роком заробітна плата зросла приблизно на 2,02% (2014 рік – 1 489 євро/міс., 2017 рік – 1 520 євро/міс.). У країнах-членах ОЕСР

заробітна плата лікарів (як сімейних, так і приватних) значно вища, ніж середня заробітна плата по країні. У 2015 році приватні сімейні лікарі в Австрії, Канаді, Франції та Великій Британії заробляли приблизно в три рази більше, ніж у середньому по країні, у Німеччині – більш ніж у чотири рази.

Аналіз середньорічної заробітної плати лікарів у деяких країнах ЄС подано на рис. 3.

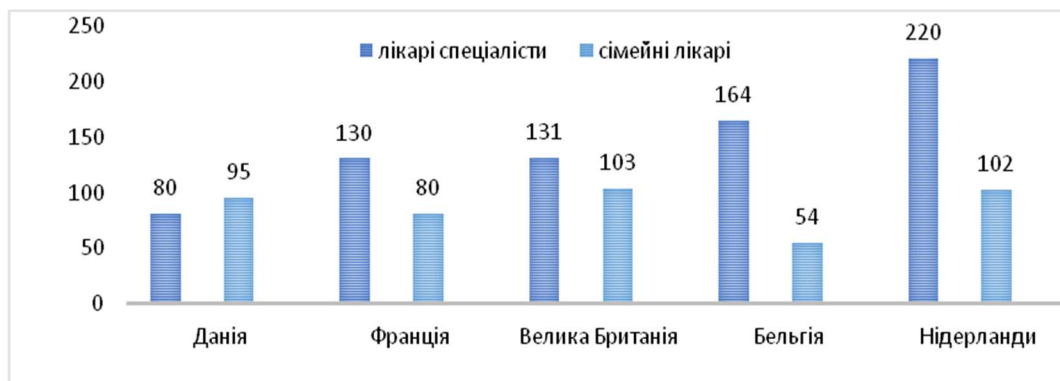


Рис. 3. Аналіз середньої річної заробітної плати лікарів-спеціалістів та сімейних лікарів у деяких країнах ЄС, 2015 рік, тис. євро.

Крім заробітної плати, важливим фактором соціальної захищеності лікарів у країнах ЄС є функціонування професійних медичних асоціацій у вигляді закритих профспілок, які зазвичай ведуть переговори з місцевими органами влади, беруть участь у складанні контрактів, де обумовлюються заробітна плата і умови праці лікарів. Доступ до таких асоціацій вимагає наявності медичної освіти, ліцензій (у багатьох країнах їх видають самі асоціації), необхідності складання тестових іспитів для емігрантів [5].

З метою гармонізації свого законодавства щодо кваліфікаційних вимог професійної підготовки медичного персоналу держави-члени Європейського Союзу в 2005 році ухвалили Секторні директиви, чинність яких поширюється на країни ЄС, а також Норвегію, Ісландію та Ліхтенштейн. Даними Директивами визначено загальні мінімальні вимоги стосовно освіти та професійної підготовки для певної професії в усіх державах-членах Євросоюзу. Секторні директиви Європейського Союзу сприяють тому, що медична праця стає однією з наймобільніших в Європі. Враховуючи це, Всесвітня Асамблея охорони здоров'я ухвалила Кодекс діяльності міжнародних структур з набору медичного персоналу, який упроваджує етичні рекомендації і пропонує не «оголошувати» країни, що зіткнулися з дефіцитом медичних кадрів [9]. Отже, втрата висококваліфікованих та досвідчених працівників безпосередньо впливає на зниження якості медичних послуг та загальний рівень стану здоров'я населення. З огляду на це, основними напрямками реформування системи охорони здоров'я є створення належних умов праці та забезпечення відповідної заробітної плати, підвищення престижу даної професії, підвищення якості медичної освіти.

Зростання конкуренції припускає, що в умовах стійкого зростання чисельності постачальників медичних послуг на ринку повинні залишитися і отримати пріоритетний розвиток тільки ті ЗОЗ, які можуть запропонувати пацієнтам послуги найвищої якості за конкурентною ціною.

Високі вимоги до якості медичної допомоги населенню з раціональним використанням доступних ресурсів задовольняються за допомогою формування і підтримки високоефективної команди з чітко регламентованими і розмежованими повноваженнями. Медична установа повинна працювати як єдиний організм, де усі процеси збалансовані, і результати роботи кожного працівника важливі для організації, оскільки націлені на реалізацію загальних для ЗОЗ стратегічних завдань: поліпшення якості медичної допомоги, максимальне забезпечення медичними послугами тих осіб, що їх потребують, розвиток лікувально-діагностичної бази, досягнення раціонального використання ресурсів. Результатів важко досягти без належної мотивації і розвитку персоналу. На думку експертів, створення високоефективних команд дозволить підвищити продуктивність, поліпшити якість, поліпшити умови праці і життя працівників, скоротити плінність кадрів і кількість прогулів, зменшити рівень конфліктності, стимулювати новаторство, набутти великої гнучкості, досягнути зниження витрат в межах 30-70% [7].

Організації з високоефективними командами функціонують на декількох ключових принципах. Передусім, це підтримка інновацій і творчості в колективі, стимулювання постійного навчання і самоудосконалення, швидкість і гнучкість в ухваленні управлінських рішень, підвищене почуття відповідальності.

Ефективне управління медичним персоналом має на меті:

1) поліпшити фінансовий результат за рахунок: своєчасного і повного забезпечення матеріальною і нематеріальною винагородою відповідно до досягнутих цільових показників, оцінкою якості роботи; залучення на конкурентній основі професіоналів, розміщення їх на посадах відповідно до вимог компетенцій, подальшої ротації і підвищення кваліфікації; формування сприятливої корпоративної культури в колективі і зниження ризику втрати та "вимивання" кваліфікованих кадрів і реалізації програм їх утримання; впровадження корпоративної ідеології, спрямованої на підвищення відповідальності за виконувани завдання, що заохочує ініціативу і творчість працівників, розуміння персональної значущості і ролі в реалізації місії організації; підготовки адекватних програм мотивації персоналу;

2) підвищити якість кінцевих результатів діяльності ЗОЗ за рахунок: постійного вдосконалення знань, навичок і умінь працівників шляхом постійного залучення їх до розробки і ухвалення рішень і ротації кадрів для створення високоефективних робочих груп; стимулювання проведення консультацій з провідними лікарями і висококваліфікованими фахівцями в усіх царинах медицини і на усіх етапах лікувально-діагностичного процесу, передачі накопиченого досвіду і знань; заохочення горизонтальних (між фахівцями різних підрозділів) і вертикальних (між фахівцями і керівництвом підрозділів) форм співпраці персоналу; впровадження практики самостійного своєчасного контролю і аналізу за відповідністю фактичних результатів цільовим (нормативним); використання ефективних методів оцінки якості діагностики і лікування пацієнтів; мотивації персоналу, що ґрунтується на управлінні за цілями і показниками.

Коллінз С.К. та Коллінз К.С. [8] радять дотримуватися наступних принципів мотивації персоналу на досягнення поставлених результатів: об'єктивність, передбачуваність, адекватність, своєчасність, значущість, справедливість. Використання вказаних принципів має здійснюватися на основі відповідних інструментів, що дозволяють обґрунтовано і об'єктивно заохочувати персонал ЗОЗ. Такими інструментами є показники оцінки діяльності, метод бальних оцінок і факторного порівняння, методи оцінки і атестації персоналу, використання нормативів. Система мотивації має бути закріплена в керівній документації і бути зрозумілою і прозорою для кожного співробітника.

Матеріальні і нематеріальні методи повинні застосовуватися в комплексі і доповнювати один одного. Сукупність нефінансових засобів, а також можливість підвищувати професійні навички і знання можуть надаватися усім без виключення співробітникам установи, тоді як грошові способи компенсації праці диференціюються залежно від функціонально-посадових обов'язків, роду діяльності, специфіки виконуваної роботи.

Бхаттачарія І. та Рамачандран А. [6] зазначають, що використання в системі мотивації тільки грошового стимулювання недостатньо і неефективно, оскільки для багатьох працівників важливими мотивами є задоволеність виконуваною роботою, розуміння корисності результатів праці, зручне робоче місце, визнання особистих заслуг, статусність, набір привілеїв, наявність компенсаційного пакету, можливість самостійно приймати рішення, цікава робота і заохочення творчого підходу, комфортне середовище, підтримка і забезпечення лікувально-діагностичного процесу, захист від травматизму, зараження різними хворобами. Завдяки наявності такого широкого кола потреб персоналу ЗОЗ має можливість використати так звані нематеріальні методи мотивації, впроваджуючи які вдається оптимізувати структуру витрат на персонал і підвищити рентабельність.

Стимулювання персоналу потребує комплексного підходу, який охоплює низку заходів:

1. "Компенсаційний пакет" – до його складу входять пільги, пов'язані з графіком роботи і оплатою неробочого часу співробітника, соціальний пакет послуг: медичне страхування; відшкодування ЗОЗ частини рахунків працівника, його комунальних витрат; часткова оплата харчування в робочий час, транспортних витрат; абонементів на відвідування занять спортом тощо;

2. Персональні пільги і преференції, які надаються залежно від персональних заслуг людини (додатково оплачувана відпустка, путівки на відпочинок разом з сім'єю, надання права участі в корпоративних заходах);

3. Підвищення і затвердження статусу працівника (заохочення у вигляді згадок в ЗМІ, публікацій інтерв'ю, нагороджень іменними подарунками, вручення грамот, присвоєння почесних звань, кар'єрне просування, навчання за кошти підприємства, підтримка науково-дослідної роботи, запрошення на участь у науково-практичних конференціях, зарахування до кадрового резерву).

Особливі вимоги повинні висуватися колективу до корпоративної культури і лікарської етики. Корпоративна культура - це свого роду філософія клініки, система її цінностей і способів реалізації; норм і правил поведінки співробітників, які сприяють досягненню її стратегічних цілей і місії. Етичні стандарти - це наповнення корпоративної культури змістовним сенсом з точки зору

"допустимого", "дозволеного" і "недозволеного": забезпечення задоволеності пацієнтів, щира турбота про їх здоров'я; чесність і дотримання загальнолюдських норм, лікарської таємниці, внутрішніх розпорядчих документів і регламентів компанії; достовірність будь-якої інформації, дотримання її конфіденційності; гідна поведінка співробітника при виникненні конфлікту інтересів; використання ресурсів медичної установи в інтересах справи, коректні стосунки із ЗМІ; повага і визнання індивідуальності кожного працівника і відсутність різних форм дискримінації.

Вищевикладені постулати, які переважно є загальновідомими, відіграють значиму роль в екстремальних умовах, коли загальноприйняті стандарти раптом починають не дотримуватися. До таких умов, поза сумнівом, відноситься економічна криза і пов'язані з нею проблеми зростання безробіття, скорочення заробітної плати, зростання споживчих цін, зростання конкуренції і боротьба за виживання на різних ринках. В зв'язку з цим спостерігається зростання прихованих конфліктів. Наявність прихованих конфліктів в колективі - небезпека для клініки, що несе ризик демотивації персоналу, втрати ключових співробітників, відокремлення команди. Тому тема їх зниження або керуваності має бути невід'ємною частиною антикризового менеджменту.

Дж. Уайт [10] виділяє декілька ознак наявності прихованих конфліктів: нерозуміння і неузгодженість цілей організації на різних рівнях ієрархії; переважання особистих цілей співробітників над корпоративними; нерозуміння співробітниками того, що на даний момент відбувається в організації; неправильний розподіл функцій - у окремих працівників виникає відчуття, що вони працюють більше, ніж інші; недостатня увага керівництва до оцінки діяльності підлеглих. На нашу думку, дієвим інструментом, який допомагає виявити сильні і слабкі сторони медичної діяльності, зрозуміти причини уповільнення клієнтського потоку, побачити механізми залучення нових працівників і їх утримання є клінічний аудит, який дає відповідь на питання: як підвищити ефективність ЗОЗ за наявних умов. Ми виділяємо низку завдань клінічного аудиту в сфері управління персоналом ЗОЗ:

1. Виявлення "вузьких місць" і визначення "точок зростання" бізнесу. Оцінювання ефективності роботи з клієнтами (залучення, утримання, приріст) та медичного персоналу (залучення, ретеншн, приріст).

2. Аналіз ефективності роботи служби маркетингу через показники ефективності роботи персоналу. Оцінювання плану розвитку ЗОЗ. Рекомендації щодо управління персоналом.

3. Створення програми зі збільшення темпів зростання на основі ефективного управління персоналом. Визначення показників для проведення аудиту.

Для вирішення поставлених завдань аналіз роботи ЗОЗ проводиться на підставі вивчення ринку, конкурентів та їх продуктів. Оцінка внутрішніх процесів розпочинається зі збору інформації за спеціально складеним опитувальником і планом робіт. Це потребує від топ-менеджменту окремого вивчення і розроблення відповідних документів.

Висновок

Сучасний заклад охорони здоров'я - це складна система, що функціонує в різних напрямках, які підлягають опису багатьма науками і галузями людського знання. Реалізація стратегічних проектів в діяльності ЗОЗ має бути підкріплена економічною і управлінською привабливістю її функціонування, що відкриває можливості і доступ до джерел фінансування для розширення масштабів діяльності, впровадження інноваційних продуктів, розвитку перспективних технологій. Зрештою результатом такої роботи є стабільність закладу в кризових ситуаціях, підвищення якості медичних послуг і здоров'я нації. Клінічний аудит спроможний стати дієвим інструментом у формуванні якісних медичних кадрів як конкурентної переваги ЗОЗ та оцінюванні заходів щодо ретеншн персоналу.

Список літератури

1. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2014/gdn/prc_rik/prc_rik_u/dszpED_u.html [in Ukrainian]
2. Emihratsiia likariv z Ukrainy: chy bude komu likuvaty? [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: https://zik.ua/zmi/bbc/2018/08/08/features-44889924_95285 [in Ukrainian]
3. Zarubizhnyi dosvid narakhuvannia zarobitnykh plat v osnovnykh sektorakh ekonomiky (deiaki krainy Zakhidnoi ta Skhidnoi Yevropy). Ofis z finansovoho ta ekonomichnoho analizu u Verkhovni Radi Ukrainy. 2018; 22. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: https://feao.org.ua/wp-content/uploads/2018/08/18_07_31_economicsectors_v1.8.pdf [in Ukrainian]
4. Medychni kadry ta merezha zakladiv okhorony zdorovia systemy MOZ Ukrainy za 2017-2018 roky. K.; 2019; 66 [in Ukrainian]
5. Melnyk L.A. Emihratsiia medychnykh pratsivnykiv: tendentsii ta naslidky [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe? [in Ukrainian]
6. Bhattacharya I, Ramachandran A. A path analysis study of retention of healthcare professionals in urban India using health information technology. Hum Resour Health. 2015; 13: 65.

7. Collini SA, Guidroz AM, Perez LM. Turnover in health care: the mediating effects of employee engagement. Journal of Nursing Management. 2015; 23: 169–178.
8. Collins SK, Collins KS. Employee retention: an issue of survival in healthcare. Radiol Manage. 2004; Jul-Aug; 26(4): 52-5.
9. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of the 7 September 2005 Official Journal of European Union. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142>
10. White J. Employee Retention in Health Care: 4 Keys to Keep Your Best and Brightest. 2019; Sep.10 [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://www.hrming.com/articles/employee-retention-healthcare/>

Реферати

АНАЛИЗ МИГРАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Жарлинская Р.Г., Гаврилюк А.А., Мищук А.А.,
Вергелес К. М., Бабийчук О.Ю.

Авторами статьи проанализированы проблемы миграции медицинских кадров на основе анализа и интерпретации статистических данных и работ ведущих экспертов. Определены приоритетные направления реформирования отрасли здравоохранения относительно кадровой политики, в частности создание надлежащих условий труда и обеспечение соответствующей высокооплачиваемой заработной платы, повышение престижа медицинской профессии, повышение качества медицинского образования. Освещены цели эффективного управления персоналом, проанализирована система мотивации персонала на достижение намеченных результатов, предложен комплексный подход к решению проблемы удержания (ретеншн) работников, в том числе с помощью клинического аудита.

Ключевые слова: миграция медицинских работников, удержание (ретеншн) персонала, управление медицинским персоналом, мотивация персонала.

Статья надійшла 12.04.2019 р.

MEDICAL PERSONNEL MIGRATION ANALYSIS IN THE CONDITIONS OF HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE

Zharlinska R.G., Gavriluk A.O., Mischuk A.A.,
Verheles K. M., Babiichuk O.Iu

The authors of the article analyze the problems of migration of medical personnel on the basis of analysis and interpretation of statistics and works of leading experts. The priority directions of health care reform in terms of personnel policy have been determined. In particular there are the creation of proper working conditions and provision of adequate high-paying wages, enhancement of the prestige of the medical profession, improvement of the quality of medical education. The goals of effective personnel management are highlighted, the system of staff motivation to achieve the intended results is analyzed. The authors propose a comprehensive approach to solving the problem of employee's retention, including through clinical audit.

Key words: migration of health care workers, employee's retention, management of medical staff, staff motivation.

Рецензент Голованова Л.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-4-70-71-76
УДК 616-056.2-057.875

В.М. Ждан, Г.О. Слабкий¹, О.В. Жданова¹
Українська медична стоматологічна академія, Полтава
¹Ужгородський національний університет, Ужгород

САМООЦІНКА СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДІЮ СТАНУ ОСОБИСТОГО ЗДОРОВ'Я ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ЇХ ЗВЕРНЕНЬ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

e-mail: G.Slabkiy@ukr.net

В статті наведені результати вивчення самооцінки студентською молоддю стану особистого здоров'я та характеристики їх звернень за медичною допомогою. В ході дослідження опитано 446 студентів різних факультетів. Аналіз отриманих даних вказує на те, що своє здоров'я як добре оцінило 45 (10,2±1,5%) та задовільне 116 (26,0±2,2%) опитаних студентів. Решта студентів має хронічні захворювання. При цьому 249 (55,8±2,5%) опитаних мають хронічні захворювання, а 315 (70,6±2,3%) щорічно хворіють на гострі захворюваннями. В структурі як показників захворюваності, так і поширеності хвороб провідні місця займають хвороби органів дихання, хвороби органів травлення та хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини. Статистично достовірної відмінності за факультетами навчання в показниках самооцінки здоров'я виявлено не було. При цьому встановлено, що 316 (70,8±2,3%) студентів прикріпилися для отримання первинної допомоги до лікарів загальної практики-сімейних лікарів. За медичною допомогою зверталось 317(71,1±2,3%) студентів в тому числі з профілактичною метою 143 (32,1 ±2,3%).

Ключові слова: студенти, стан особистого здоров'я, звернення за медичною допомогою.

Робота є фрагментом НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня», № державної реєстрації 015U001923.

В теперішній час проблеми стану здоров'я студентів приділяється важлива увага [1,5]. Дослідники вказують, що велика частка студентів має хронічні захворювання [2,4,8]. Аналізуючи стан проблеми здоров'я студентів, видно, що профілактичний напрямок системи охорони здоров'я в значній мірі втрачено в тому числі втрачено систему формування здорового способу життя. Відсутні реальні соціальні та економічні важелі впливу на причини несприятливих зрушень