

УДК 614.253.1/2:331.101.262:614.212](477.64)  
DOI 10.11603/1681-2786.2019.4.10947

В. І. КЛИМЕНКО<sup>1</sup>, І. М. КРЕМСАРЬ<sup>1</sup>, Н. О. КОРОГОД<sup>2</sup>

## МЕДИЧНІ КАДРИ – НАЙГОЛОВНІШИЙ РЕСУРС ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ ПЕРВИННОГО РІВНЯ

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup>Комунальна установа «Запорізький обласний центр здоров'я» Запорізької обласної ради, м. Запоріжжя, Україна

**Мета:** провести аналіз кадрового потенціалу лікарів і середнього медичного персоналу центрів первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області.

**Матеріали і методи.** Проведено вивчення даних щодо фактичної та штатної чисельності лікарів і середнього медичного персоналу за період 2015–2017 рр. у 32 центрах первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області (генеральна сукупність), їх вікова структура, стаж роботи за спеціальністю, наявність категорії. Для проведення порівняльного аналізу в динаміці нами за допомогою програми Statistic 10.0 розраховано відносні та середні величини. Оцінку достовірності різниці отриманих даних у різних групах спостереження та перевірку нульової гіпотези здійснювали шляхом розрахунку критерію відповідності  $\chi^2$ -квдрат ( $\chi^2$ ).

**Результати.** Встановлено, що в 2017 р. укомплектованість сімейними лікарями по Запорізькій області в середньому становила 66,1 %, майже кожен третій з них досяг пенсійного віку або має вік до 45 років, що є позитивним досягненням за останнє десятиріччя. Незважаючи на той факт, що більшість як лікарів первинної ланки, так і середнього медичного персоналу мають стаж роботи понад 10 років, третина всіх працюючих не мають кваліфікаційної категорії, а один раз на 5 років проходять курси стажування за фахом із метою продовження роботи в системі охорони здоров'я, що свідчить про відсутність мотивації до підвищення рівня кваліфікації і в подальшому може вплинути на якість медичної допомоги. Зміна організаційно-правової форми роботи закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу в Запорізькій області, призвела до дзеркальних змін у навантаженні на лікарів за адміністративно-територіальним принципом на кінець 2019 р.: збільшення чисельності лікарів по містах області та зменшення в сільській місцевості, але наявна їх кількість повністю забезпечує потребу по області, навіть залишається в наявності резерв щодо підписання декларацій з населенням або поступового заміщення тих, хто досяг пенсійного віку.

**Висновки.** Встановлено потребу як у підвищенні рівня кадрового укомплектування лікарями первинної ланки, особливо в сільській місцевості, так і в мотивації мати відповідні кваліфікаційні категорії до стажу роботи і серед практикуючих лікарів, і серед середнього медичного персоналу.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** кадровий потенціал; ресурси; первинний рівень.

Здоров'я нації є найціннішим благом для держави, запорукою його економічного і культурного розвитку, адже саме воно впливає на рівень смертності, загальної тривалості життя, народжуваності, інвалідності та визначає чисельність населення тощо [4]. У більшості економічно розвинутих країн захворювання на хвороби системи кровообігу (ХСК) займають перше місце серед причин інвалідизації та смертності, хоча їх поширеність у різних регіонах значно коливається.

Незважаючи на те, що витрати урядів країн Євросоюзу на лікування ХСК сягають щороку понад 75 млрд євро, і ще понад 100 млрд становлять непрямі витрати [15].

На жаль, в Україні рівень смертності від ХСК також займає перше місце і в 2–4 рази вище, ніж у країнах ЄС та світу.

Загалом, прогнози експертів тривожні: до 2030 р. ішемічна хвороба серця і мозковий інсульт залишаться головними причинами смерті та

інвалідизації працездатного населення у всьому світі, зокрема смертність сягне 23,4 млн осіб [14].

Світовий досвід підтверджує, що реальним шансом вирішення глобальних проблем у сфері збереження та зміцнення здоров'я населення є саме профілактика, реалізована в рамках національних стратегій, адже багатовіковому досвіду впровадження профілактики були присвячені різні програми: CINDI, метою якої стало зниження захворюваності та смертності від хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), Бангкокської хартії (2005), програми профілактики в Польщі СОПКАРД, Джакартська декларація та ін. [1]. Завдяки вдосконаленню первинної і вторинної профілактики вдалося досягти зниження рівня захворюваності ХСК у західних країнах Європи [6]. У Фінляндії, завдяки здійсненню профілактичних заходів, вдалося знизити рівень смертності від хронічних неінфекційних захворювань за останні 20 років на 60 %. Такі досягнення в профілактичній роботі можливі лише завдяки консолідації

© В. І. Клименко, І. М. Кремсарь, Н. О. Корогод, 2019

всіх ресурсів системи охорони здоров'я, а також міжгалузевій співпраці.

Згідно з визначенням сучасної української енциклопедії, ресурси розглядають як цінності, засоби, можливості, які є фактором внутрішніх резервів економічного розвитку організації за умови їх ефективного використання, що дозволяє забезпечити не тільки потреби організації, але й потреби суспільства в цілому [2]. За класифікацією виділяють такі види ресурсів, як матеріально-технічні, технологічні, просторові, кадрові, організаційно-інформаційні, соціально-правові, фінансово-економічні, ресурси структури системи управління. Також є класифікація за ієрархічним принципом побудови, на першому рівні якої знаходиться соціальна складова, включаючи трудовий потенціал та потенціал соціальної інфраструктури. Як відомо, медичні кадри – найголовніший ресурс системи охорони здоров'я, здатний суттєво підвищити ефективність роботи галузі та досягти високих клінічних результатів [5]. Для вибору оптимальних рішень та визначення стратегії з покращення стану кадрового забезпечення в охороні здоров'я потрібно постійно аналізувати та оцінювати ситуацію.

Ми вирішили провести аналіз кадрового потенціалу працівників із медичною освітою закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають первинну медичну допомогу населенню Запорізької області.

**Мета роботи:** провести аналіз кадрового потенціалу лікарів і середнього медичного персоналу центрів первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області.

**Матеріали і методи.** Аналіз міжнародного досвіду, діючих нормативно-правових актів, наукових досліджень стосовно проблеми організації профілактичної роботи на первинному рівні. Збір інформації для дослідження стану забезпечення лікарями та середнім медичним персоналом проводили на базі 32 центрів первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області, що на початок ретроспективного дослідження (2015–2017 рр.) склали генеральну сукупність. Протягом останніх трьох років активно розпочалися процеси децентралізації (створення об'єднаних територіальних громад – ОТГ) та кількість ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу (ПМД), збільшилась до 48 (станом на 01.01.2019 р.). Для проведення порівняльного аналізу в динаміці нами за допомогою програми Statistic 10.0 розраховано відносні та середні величини. Оцінку достовірності різниці отриманих даних у різних групах спостереження та перевірку нульової гіпотези здійснювали шляхом розрахунку критерію відповідності  $\chi^2$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для визначення кадрового потенціалу лікарів і медичних сестер ЗОЗ, які надають ПМД,

проведено аналіз нормативно-правової бази щодо їх потреби. Із введенням у дію Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [11] сучасна система охорони здоров'я України характеризується активним процесом реформування, пов'язаним із переходом від бюджетно-страхової до ринково-страхової моделі функціонування системи, зокрема зміною організаційно-правової форми роботи ЗОЗ. Наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Порядок надання первинної медичної допомоги» визначено такі терміни, як надавач ПМД, лікар із надання ПМД, команда з надання ПМД, практика ПМД, обсяг та оптимальний обсяг практики ПМД та ін. [9]. Оптимальний обсяг практики ПМД – кількість осіб, яким лікар із надання ПМД може забезпечити надання якісної ПМД, та залежно від спеціальності надавача становить: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра.

У 2017 р. укомплектованість сімейними лікарями по Запорізькій області в середньому становила 66,1 % (59,25÷81,2). На тлі такої недостатньої укомплектованості лікарями майже кожен третій з них пенсійного віку 31,4 % (21,4÷40,4), кожен четвертий у віці 45–60 років – 24,5 % (16,7÷29,2) і дуже позитивним є той факт, що 37,2 % (24,5÷50,0) лікарів – особи молодого віку до 45 років. Достовірної різниці між містами та районами області за даними показниками не встановлено ( $p > 0,05$ ).

У той же час більшість лікарів у середньому по області мала стаж роботи за спеціальністю понад 10 років 65,7 % (56,4÷80,35) проти до 5 років – 18,8 % (11,3÷21,8), 5–7 років – 4,6 % (0÷7,15) та 7–10 років – 5,4 % (0÷9,35). Такий поділ за роками роботи вибрано не випадково, це пов'язано із можливістю подати атестаційну справу та отримати категорію за спеціальністю згідно з наказом МОЗ України від 02.10.2015 р. № 650 «Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів» (чинний на той час) [10]. Відомо, що згідно з наказом МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 затверджено питання безперервного професійного розвитку лікарів, яке триватиме протягом усього періоду їх професійної діяльності, що дозволить підтримувати або покращувати стандарти медичної допомоги, адже така практика давно вже поширена в розвинених країнах Європи, Америки, Азії, зокрема у Великій Британії, США, Польщі, Чехії, Швеції та ін. Таким чином, укомплектованість лікарями, які надають ПМД, аналіз вікової структури як лікарів, так і середнього медичного персоналу [12], питома вага неатестованих медичних працівників та структура атестованих за категоріями [3] має не лише науковий характер, але й обов'язковий.

При аналізі щодо наявності категорії нами встановлено, що 38,2 % лікарів (22,8÷50,0) не мають взагалі атестаційної категорії за спеціальністю незалежно від місця роботи за адміністративним розташуванням надання ПМД (місто чи район області) на тлі того, що лише 18,8 % (11,3÷21,8) мають стаж роботи до 5 років. Це свідчить про відсутність мотивації до проходження атестації та може впливати на якість надання медичної допомоги населенню.

У 2017 р. середнє навантаження на одного лікаря на первинному рівні по області склало 1599 осіб (1443÷1734) чи 1599 (1443±1734) згідно з розподілом населення за територіально-адміністративним принципом. При порівнянні навантаження залежно від місця впровадження медичної практики за адміністративно-територіальним принципом (місто чи сільська місцевість) достовірної різниці не встановлено: 1526 населення (1509÷1661) в місті проти 1777 (1475÷1998) – у сільській місцевості. Але на той час, згідно з нормативно-правовою базою, число жителів на одного сімейного лікаря в містах становило 1500 осіб і 1200 – в сільській місцевості. Відповідно до отриманих нами даних, які наведено вище, спостерігаємо значну диспропорцію з нормами навантаження, особливо в селі, що свідчить про значну недоукомплектованість лікарями, що призводить, в свою чергу, до збільшення навантаження лікарів-спеціалістів вузького профілю.

Укомплектованість середнім медичним персоналом у 2017 р. по Запорізькій області в середньому становила 82,4 % (73,1÷91,8), що достовірно перевищувало рівень лікарів на первинному рівні ( $p < 0,05$ ), більшість з яких особи віком до 45 років – 62,0 % (54,9÷73,7), що свідчить про достатній рівень забезпечення ЗОЗ, які надають ПМД, медичними працівниками із середньою освітою. Кожен 10 працівник із середньою освітою – 13,6 % (5,6÷20,7) старший працездатного віку, але тут ситуація є протилежною порівняно із лікарями залежно від віку та місця роботи, де кожен третій досяг пенсійного віку. Стосовно стажу, а відповідно, і досвіду роботи, то три четверти середнього медичного персоналу, які працюють на первинному рівні, мають стаж роботи понад 10 років – 74,7 % (70,4÷81,2) проти 12,5 % (6,8÷17,3) – до 5 років, 5,3 % (3,9÷7,0) та 4,8 % (1,7÷7,6) – 5–7 та 7–10 років відповідно. Таким чином, враховуючи, що серед працівників із середньою освітою, які працюють на первинному рівні, переважають особи віком до 45 років та з досвідом роботи понад 10 років, можна вважати про досить потужний кадровий потенціал цієї ланки. Під час проведення аналізу щодо мотивації проходження ними атестації встановлено, що достовірна більшість мала вищу атестаційну категорію – 42,0 % (28,6÷56,3) порівняно із лікарями ( $p < 0,05$ ). Частка тих, хто не має

кваліфікаційної категорії, в два рази перевищує відсоток працюючих зі стажем роботи до 5 років: 27,2 % (16,0÷33,3) проти 12,5 % (6,8÷17,3) ( $p < 0,05$ ), що підтверджує відсутність мотивації щодо підвищення свого рівня освіти.

При аналізі кадрового потенціалу лікарів у динаміці укомплектованість лікарями в середньому по області станом на 01.12.2019 р. зросла на 13,5 %, що визначається відносно стабільним станом, порівняно з попереднім періодом, та становила 75,0 % (69,2÷82,4), але дані зміни відбулися в межах статистичної похибки. Перевагою даних позитивних змін є суттєве збільшення лікарів пенсійного віку до 70 %, серед яких становлять особи віком до 45 років – 39,5 % (34,9÷50,0), але сталим залишається питома вага лікарів старше працездатного віку – 30,0 % (20,0÷40,0). Більшість лікарів у середньому по області мають стаж роботи за спеціальністю понад 10 років 72,6 % (62,0÷83,2), на відміну від лікарів зі стажем роботи до 10 років – 6,2 % (0÷10,0), частка лікарів зі стажем 5–7 років – 8,3 % (0÷10,7), до 5 років – 13,0 % (6,6÷20,0).

Проаналізувавши наявні кваліфікаційні категорії, визначили, що у більшості лікарів – 35,3 % (20,0÷44,4) – вона відсутня. Незважаючи на те, що дві третини лікарів, як це було зазначено вище, працюють понад 10 років, то лише кожен третій з них має вищу кваліфікаційну категорію – 24,9 % (14,2÷33,4), що ще раз підтверджує як відсутність мотивації серед практикуючих лікарів, так, відповідно, стимулів та контролю з боку менеджерів – керівників ЗОЗ.

Навіть введення в дію Постанови КМУ від 28.03.2018 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» [13] не привело до ефективних дій керівництва лікарні. Це Положення визначає основні організаційні засади безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, в якому дано визначення про безперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров'я (безперервний професійний розвиток) – це безперервний процес навчання і вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я й триває протягом усього періоду професійної діяльності.

У 2019 р. середня кількість по області укладених декларацій по закладу охорони здоров'я на одного лікаря склала 1552 осіб (1214,5÷1738,0). Аналізуючи навантаження, згідно з адміністративно-територіальним принципом, достовірної різниці

не встановлено: 1703 населення (1123÷2309) в місті проти 1451 (1282,8÷1651) – у сільській місцевості.

Укомплектованість середнім медичним персоналом по Запорізькій області становить 84,8 % (77,6÷94,1), більшість з яких – особи віком до 45 років 51,1 % (40,0÷59,4), на противагу осіб старше працездатного віку – 16,6 % (6,6÷19,8).

Навантаження на одного працівника з середньою медичною освітою за територіально-адміністративним принципом 845,0 населення (470,0÷917,0) на первинному рівні по області. Частка працівників середнього медичного персоналу в 2019 р. зі стажем роботи за спеціальністю понад 10 років по області складає 83,1 % (78,0÷87,4), 7–10 років – 6,4 % (2,4÷9,5), до 7 років – 4,8 % (0,0÷7,7), до 5 років – 5,6 % (2,2÷7,3).

Необхідно враховувати й той факт, що у кожного другого співробітника є вища категорія за спеціальністю – 50,4 % (36,0÷66,0), але у кожного п'ятого вона відсутня – 21,2 % (14,0÷30,0).

Таким чином, зміна організаційно-правової форми роботи закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу в Запорізькій області, призвела до дзеркальних змін у навантаженні на лікарів за адміністративно-територіальним принципом: збільшення по містах області та зменшення в сільській місцевості, але наявна кількість лікарів повністю забезпечує потребу по області, навіть в наявності резерв щодо підписання декларацій, або поступового заміщення тих, хто досяг пенсійного віку.

## Висновки

1. Показано, що рівень забезпеченості лікарями, які надають медичну допомогу населенню Запорізької області, 2017–2019 рр. зберігається в межах статистичної похибки в середньому 66,1 % (59,25÷81,2) в 2017 р. проти 75,0 % (69,2÷82,4) у 2019 р. без достовірної різниці по районах та містах Запорізької області. Перевагою даних позитивних змін є суттєве збільшення лікарів пенсійного віку до 70 %, серед яких становлять особи віком до 45 років – 39,5 % (34,9÷50,0), але сталим залишається питома вага лікарів старше працездатного віку – 30,0 % (20,0÷40,0).

2. Аналіз кадрового потенціалу працівників із медичною освітою довів, що укомплектованість середнім медичним персоналом по Запорізькій області в середньому становила 82,4 % (73,1÷91,8), що достовірно перевищувало рівень лікарів на первинному рівні ( $p < 0,05$ ), більшість з яких особи віком до 45 років – 62,0 % (54,9÷73,7), що свідчить про достатній рівень забезпечення закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, медичними працівниками із середньою освітою. Серед працівників із середньою освітою, які працюють на первинному рівні, переважають особи віком до 45 років та з досвідом роботи понад 10 років, що можна вважати про досить потужний кадровий потенціал цієї ланки.

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть в оцінці якості профілактики хвороб системи кровообігу медичними працівниками в закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу.

## Список літератури

1. Бідучак А. С. Хвороби системи кровообігу як світова проблема / А. С. Бідучак // Український терапевтичний журнал. – 2014. – № 1. – С. 95–100.
2. Вовк І. Класифікація ресурсів підприємства. Сучасні підходи [Електронний ресурс] / І. Вовк // Соціально-економічні проблеми і держава. – 2011. – Вип. 1 (4). – Режим доступу : <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2011/11vippsp.pdf>.
3. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів : наказ МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022p019--446-dejaki-pitannja-bezperernovogo-profesijnogo-rozvitku-likariv>.
4. Дюжева Е. В. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения разных стран / Е. В. Дюжева // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5.
5. Людський ресурс – важливий резерв підвищення якості медичної допомоги / В. Г. Гінзбург, Т. М. Полішко, О. В. Лугова [та ін.] // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 68–72.
6. Наукові записки. Серія «Економіка» [Електронний ресурс] // Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/>.
7. Основні підходи до профілактики хвороб системи кровообігу [Електронний ресурс] / В. А. Піщиков, Ю. Б. Яценко, Н. Ю. Кондратюк, Н. В. Шестах // Український медичний часопис. – 2014. – № 6. – Режим доступу до журналу : <https://www.umj.com.ua/article/82292/>.
8. Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу : наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 503 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0347-18#n22>.
9. Порядок надання первинної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n19>.
10. Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів : наказ МОЗ України від 02.10.2015 р. № 650 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0176-16>.
11. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168 – VIII [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України. – 2018. – № 15. – С. 31. – Режим доступу до журналу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-viii>.

12. Про затвердження методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу : наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 512 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0512282-11>.
13. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я : Постанова КМУ від 28.03.2018 р. № 302 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/455594>.
14. Brown A. L. Demographic, belief, and situational factors influencing the decision to utilize emergency medical services among chest pain patients. Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) study / A. L. Brown, N. C. Mann, M. Daya // *Circulation*. – 2017. – Vol. 28. – P. 47–63.
15. Timmis A. European Society of cardiology: cardiovascular disease statistics 2017 / A. Timmis, N. Townsend, C. Gale // *European Heart Journal*. – 2018. – Vol. 39. – P. 58–79.

### References

1. Biduchak, A.S. (2014). Khvoroby systemy krovoobihu yak svitova problema [Diseases of the circulatory system as a worldwide problem]. *Ukrainskyi terapiychnyi zhurnal – Ukrainian Therapeutic Journal*, 1, 95-100 [in Ukrainian].
2. Vovk, I. (2011). Klasyfikatsiia resursiv pidpriemstva. Suchasni pidkhody [Classification of enterprise resources. Current approaches]. *Sotsialno-ekonomichni problemy i derzhava – Socio-economic Problems and the State*, 1 (4). Retrieved from: <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2011/11vippsp.pdf> [in Ukrainian].
3. (2019). Deiaki pytannia bezperervnogo profesiinoho rozvytku likariv: Nakaz MOZ Ukrainy vid 22.02.2019 r. 446. [Some issues of continuous professional development of doctors: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 22.02.2019 No. 446]. [moz.gov.ua](https://moz.gov.ua) Retrieved from: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022p019-446-dejaki-pitannya-bezperervnogo-profesijnogo-rozvitku-likariv> [in Ukrainian].
4. Dzuzheva, E.V. (2017). Rasprostranennost faktorov ryska serdechno-sosudystikh zabolevaniy sredi naseleniya raznykh stran [The prevalence of risk factors for cardiovascular diseases among the population of different countries]. *Sovremennye problemy nauky i obrazovaniya – Modern Problems of Science and Education*, 5 Retrieved from: <http://www.science-education.ru/article/view?id=26898> [in Russian].
5. Hinzburh, V.H., Polishko, T.M., & Luhova, O.V. (2014). Liudskyi resurs – vazhlyvyi rezerv pidvyshchennia yakosti medychnoi dopomohy [Human resource – an important reserve for improving the quality of care]. *Zaporozhskyy medytsynskyy zhurnal – Zaporozhye Medical Journal*, 13 (2), 68-72 [in Ukrainian].
6. *Naukovi zapysky. Seriiia "Ekonomika" [Scientific notes. Economics Series]*. Ofitsiinyi sait Vsesvitnoi orhanizatsii okhorony zdorovia – Official site of the World Health Organization. Retrieved from: <http://www.euro.who.int/> [in Ukrainian].
7. Pishchikov, V.A., Yashchenko, Yu.B., Kondratiuk, N.Yu., & Shestak, N.V. (2014). Osnovni pidkhody do profilaktyky khvorob systemy krovoobihu [Basic approaches to the prevention of diseases of the circulatory system]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian Medical Journal*, 6 Retrieved from: <https://www.umj.com.ua/article/82292/> [in Ukrainian].
8. (2018). Poriadok vyboru likaria, yakyi nadaie pervynnu medychnu dopomohu: Nakaz MOZ Ukrainy vid 19.03.2018 r. 503. [Procedure for choosing a primary care physician: Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 503 dated March 19, 2018]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0347-18#n22> [in Ukrainian].
9. (2018). Poriadok nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy: Nakaz MOZ Ukrainy vid 19.03.2018 r. 504. [Procedure of primary medical care provision: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 19.03.2018 No. 504]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n19> [in Ukrainian].
10. (2015). Pro vnesennia zmin do Polozhennia pro poriadok provedennia atestatsii likariv: Nakaz MOZ Ukrainy vid 02.10.2015r. # 650. [On amendments to the Regulation on the procedure of attestation of doctors: Order of the Ministry of Health of Ukraine from 02.10.2015r. No. 650]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0176-16> [in Ukrainian].
11. (2018). Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleння: Zakon Ukrainy vid 19.10.2017 r. No 2168 – VIII [On State Financial Guarantees of Public Health Services: Law of Ukraine of October 19, 2017 No. 2168 – VIII.] *Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy – Bulletin of the Verkhovna Rada of Ukraine*, 15, 31. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-viii> [in Ukrainian].
12. (2011). Pro zatverdzhennia metodychnykh rekomendatsii z prohnozuvannia potreby zakladiv okhorony zdorovia Ukrainy u medychnykh kadrah na dovhostrokovu perspektyvu: Nakaz MOZ Ukrainy vid 15.08.2011 r. No 512 [On approval of methodological recommendations for forecasting the need for health care institutions of Ukraine in medical personnel for the long term: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated August 15, 2011 No. 512]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0512282-11> [in Ukrainian].
13. (2018). Pro zatverdzhennia Polozhennia pro systemu bezperervnogo profesiinoho rozvytku fakhivtsiv u sferi okhorony zdorovia: Postanova KMU vid 28.03.2018 # 302. [On approval of the Regulation on the system of continuous professional development of health care professionals: CMU Resolution No. 302 of 28.03.2018]. Retrieved from: <https://www.apteka.ua/article/455594> [in Ukrainian].
14. Brown, A.L., Mann, N.C., Daya, M. (2017). Demographic, belief, and situational factors influencing the decision to utilize emergency medical services among chest pain patients. Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) study. *Circulation*, 28, 47–63.
15. Timmis, A., Townsend, N., & Gale, C. (2018). European Society of cardiology: cardiovascular disease statistics 2017. *European Heart Journal*, 39, 58-79.

**ANALYSIS OF THE PERSONNEL POTENTIAL OF HEALTHCARE INSTITUTIONS OF ZAPORIZHZHIA REGION AT THE PRIMARY LEVEL***V. I. Klymenko<sup>1</sup>, I. M. Kremsar<sup>1</sup>, N. O. Korogod<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine<sup>2</sup>Zaporizhzhia Regional Health Center, Zaporizhzhia, Ukraine

**Purpose:** to analyze the personnel potential of doctors and paramedical personnel of primary health care centers of Zaporizhzhia region.

**Materials and Methods.** Selection of data of relatively actual and regular quantity of doctors and middle medical personnel is conducted for period 2015–2017 in 32 centers of primary health care of the Zaporizhzhia area (general totality), their age structure, experience of work on speciality, presence of category. For realization of comparative analysis in a dynamics by means of the program Statistic 10.0 relative and middle sizes were expected. The estimation of authenticity of difference of the obtained data in the different groups of supervision and verification of null-hypothesis came true by the calculation of criterion of accordance  $\chi^2$ .

**Results and Discussion.** It was established that in 2017 the staffing of family doctors in Zaporizhzhia region averaged 66.1 %, almost every third from them attained retirement age, or has age to 45, that is a positive achievement for the last decade. Without regard majority of both doctors of primary link and middle medical personnel have experience of work 10 over, large one third of all working does not have a qualifying category, and once in 5 years the courses of internship pass on speciality with the purpose for work in the system of health protection, that testifies to absence to motivation to the increase of level almost every third from them attained retirement age, or has age 45 to, that is a positive achievement for the last decade. Without regard to circumstance that swingeing majority of both doctors of primary link and middle medical personnel of having qualifications in future can influence on quality of medicare. The change of legal form of work of establishments of health protection, that render primary medical care in Zaporizhzhia region, resulted in mirror changes in loading on doctors on administrative-territorial principle on the end of 2019; increase of quantity of doctors on the cities of area and reduction in rural locality, but there is their amount fully provides experience of work 10 over, large one third of all working does not have a qualifying category, and once in 5 years of internship pass on speciality with the purpose of continuation of work in the system of health protection, that testifies to absence to motivation to the increase of level.

**Conclusions.** The need has been established for both increasing the staffing level of primary care physicians, especially in rural areas, and the motivation to have the corresponding qualification categories of work experience among practicing physicians.

KEY WORDS: **human resources; resources; primary level.**

*Рукопис надійшов до редакції 07.11.2019 р.*

**Відомості про авторів:**

**Клименко Вікторія Іванівна** – директор Департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації, завідувач кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету, професор, доктор медичних наук; тел.: +38(061) 233-32-47.

**Кремсарь Ірина Миколаївна** – асистент кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету; тел.: +38(061) 233-32-47.

**Корогод Надія Олегівна** – лікар-методист Комунальної установи «Запорізький обласний центр здоров'я» Запорізької обласної ради; тел.: +38(066) 922-50-16.