Львівський Державний медичний коледж

ім. А. Крупинського

Самостійна робота

на тему

Сучасна політика управління персоналом в закладах охорони здоров'я України

Підготували:

Студентка

гр. IV. MC 21

Львів, 2011

**Загальна характеристика управлінням персоналу**

**Управління трудовими ресурсами складається з дев'яти етапів:**

1. Планування ресурсів - розробка плану задоволення майбутніх потреб у людських ресурсах.
2. Набір персоналу - створення резерву потенційних кандидатів по всіх посадах.
3. Відбір - оцінка кандидатів на робочі місця і відбір кращих з резерву, створеного в ході набору.
4. Визначення заробітної плати і пільг - розробка структури заробітної плати і пільг з метою залучення, наймання і збереження службовців.
5. Профорієнтація й адаптація - уведення найнятих працівників в організацію і її підрозділи, розвиток у працівників розуміння того, що очікує від нього організація і яка праця в ній одержує заслужену оцінку.
6. Навчання - розробка програм для навчання трудовим навичкам, що вимагаються для ефективного виконання роботи.
7. Оцінка трудової діяльності - розробка методик оцінки трудової діяльності і доведення її до співробітника.
8. Підвищення, зниження, переведення, звільнення - розробка методів переміщення працівників на посаді з більшою чи меншою відповідальністю , розвитку їхнього професійного досвіду шляхом переведення на інші посади чи ділянки роботи, а також процедур припинення договору про найом.
9. Підготовка керівних кадрів, управління просуванням по службі - розробка програм, спрямованих на розвиток здібностей і підвищення ефективності праці керівних кадрів.

**Формування трудових ресурсів**

Планування потреби в трудових ресурсах складається з трьох етапів:

1. Оцінка наявних трудових ресурсів;
2. Оцінка майбутніх потреб;
3. Розробка програм з розвитку трудових ресурсів.

Деякі фірми США розробили систему інвентаризації трудових навичок чи спеціальностей, яка передбачає реєстрацію професійних навичок службовців із вказівкою кількості працівників, що ними володіють.

Наступний етап - прогнозування чисельності персоналу, необхідного для реалізації короткострокових і перспективних цілей.

Економічні зміни у зовнішньому середовищі значно впливають на перспективні потреби організації в трудових ресурсах.

Програма формування трудових ресурсів: графік і заходи щодо залучення, наймання, підготовки і просування працівників, потрібних для реалізації цілей організації.

Аналіз змісту роботи - спостереження за працівником, реєстрація виконуваних ним дій (посадова інструкція).

Набір полягає в створенні необхідного резерву кандидатів на всі посади і спеціальності.

Зовнішній набір - оголошення в газетах, звертання до агентів з працевлаштування.

Внутрішній набір - у самій організації (дешевше, підвищена зацікавленість).

Відповідно до теорії очікування стосовно мотивації: якщо працівники вірять в існування залежності їхнього службового росту від ступеня ефективності роботи, то вони будуть зацікавлені в продуктивнішій праці.

Недолік підходу до вирішення проблеми винятково за рахунок внутрішніх резервів у тому, що в організацію не приходять нові люди зі свіжими поглядами, а це може призвести до застою.

**Підбір кадрів**

Керівництво відбирає найбільш придатних кандидатів з резерву, створеного в ході набору.

Найширше застосовуються три методи збору інформації:

* іспит: вимір здатності виконання задач, оцінка психологічних характеристик; бланки заяв із указівкою конкретних зведень;
* центри оцінки: оцінюють здатність до виконання пов'язаних з роботою задач методами моделювання: а) кандидату ролі керівника, 6) імітація зборів без головуючого, в) виконання заданої ролі, г) психологічні тести;
* співбесіди: найзастосовуваніший метод добору кадрів.

Підбір керівника високого рангу може вимагати десятків співбесід, що займають кілька місяців.

Співбесіда як інструмент добору кадрів має ряд проблем: емоційний і психологічний характер - існує тенденція прийняття рішення на основі першого враження; у порівнянні з попереднім кандидатом.

Ефективність співбесіди підвищується при структурованому інтерв'ю зі стандартизованими записаними запитаннями.

**Рекомендації:**

а) установити взаєморозуміння з кандидатом;

б) зосереджувати увагу на вимогах до роботи;

в) не оцінювати за першим враженням;

г) мати комплект структурованих питань, але бути гнучким.

**Визначення зарплати і пільг**

Вид і кількість винагород мають важливе значення для оцінки якості трудового життя.

Заробітна плата - грошова винагорода;

Додаткові пільги - до 1/3 усієї заробітної плати;

Оплачувані відпустки;

Страхування;

Оплата лікарняних;

Пенсійне забезпечення;

Позички на навчання дітей співробітників;

Колективні гаражі.

Не всі працівники однаково оцінюють ці пільги. Цінність додаткових пільг залежить від віку, родинного стану, розміру родини тощо.

Гнучкі програми надання пільг: "Система винагороди за принципом кафетерію" - працівнику дозволяється самому вибрати у встановлених межах той пакет пільг, що найбільше його влаштовує.

**Недоліки цієї системи:**

* загальна вартість пільг підвищується, тому що спричиняє додаткові адміністративні накладні витрати;
* необхідно пояснювати працівникам питання щодо наміченого і набору пільг і потенційного значення цих пільг для них у майбутньому і сьогоденні.

Розвиток трудових ресурсів

Набір придатних людей - лише початок. Керівництво повинно постійно працювати над усіляким підвищенням потенціалу кадрів.

**Професійна орієнтація і соціальна адаптація в колективі**

Програма для виховання потрібної корпоративної культури в організації: що очікує організація від своїх службовців, яка поведінка відповідає іміджу корпорації'.

Неофіційне спілкування - інформація про норми і ставлення до роботи, про цінності організації.

**Підготовка кадрів. Турбота про якість трудових ресурсів**

Програми систематичного навчання і підготовки працівників, що допомагають повному розкриттю їхніх можливостей. Навчання корисне в трьох випадках:

* коли в організацію приходить нова людина;
* коли службовця призначають на нову посаду;
* коли перевірка установить, що у людини не вистачає визначених навичок для ефективного виконання своєї роботи.

**Для навчання необхідно:**

* мотивація;
* потрібний клімат, сприятливий для навчання;
* послідовність навчання і відпрацьовування на практиці навичок;
* потрібен зворотний зв'язок відносно результатів навчання - схвалення, визнання успіхів.

**Оцінка результатів діяльності**

Оцінка результатів діяльності потребує, щоб керівники збирали інформацію про те, як добре кожен працівник виконує делеговані йому обов'язки. Оцінка результатів служить трьом цілям:

* адміністративній;
* інформаційній;
* мотиваційній.

Адміністративні функції: підвищення по службі, зниження, переведення, припинення трудового договору.

Інформаційні функції: що є сильною та слабкою .сторонами співробітника?

Мотиваційні функції: систематичне позитивне підкріплення поведінки, яка асоціюється з високою продуктивністю.

Критика не с ефективним способом інформування підлеглих про недоліки в їхній роботі. Критика часто викликає захисну реакцію поведінки. Для досягнення корисної дії потрібно, щоб працівники були готові до взаємного спілкування і хотіли б обговорити свою роботу, не займаючи при цьому оборонної позиції. Критика - спілкування в одному напрямку.

**Підготовка керівних кадрів**

Підготовка зводиться до розвитку навичок і умінь, необхідних службовцем для ефективного виконання своїх посадових обов'язків чи виробничих завдань у майбутньому.

Для успішної підготовки керівних кадрів потрібні ретельний аналіз і планування. Підготовка керівних кадрів ведеться для:

* щоб керівники опанували уміння і навички, що вимагаються для реалізації цілей організації;
* задоволення потреб вищого рівня: професійного росту, успіху, випробовування своїх сил. Якщо ці очікування мають для людини велике значення, але не виправдуються у справі, то вона звільняється.

**Методи підготовки управлінських кадрів:**

* організація лекцій, дискусій, розглядання конкретних ділових ситуацій, читання літератури, проведення ділових ігор і рольового тренінгу;
* щорічні курси і семінари з проблем управління;
* ротація по службі: переміщення керівника низової ланки з відділу у відділ на термін від трьох місяців до одного року (знайомство з різними сторонами діяльності, із взаємозв'язком між цілями різних підрозділів);
* підготовка керівних кадрів у процесі їхньої роботи: розробляються програми, відповідно до яких перспективним новим керівникам із самого початку доручають нетривіальну, досить відповідальну роботу, що є випробовуванням їхніх здібностей.

Установлено тісний зв'язок між рівнем вимог у процесі навчання нових менеджерів і їхнім наступним просуванням по службі. Тобто особи, перед якими із самого початку ставилися складніші задачі, виробили собі більш високі робочі якості і виявилися краще підготовленими до майбутніх задач, ніж ті, котрим давалися менш складні завдання. По службі швидше просувалася перша група менеджерів.

управління персонал медичний колектив

**Управління просуванням по службі**

Управління просування по службі дають людям можливість сприймати їхню роботу в організації як "серію переміщень по різних посадах, що сприяє розвитку як організації, так і особистості".

**Результатом програм просування по службі є:**

* велика відданість інтересам організації;
* підвищення мотивації;
* підвищення продуктивності праці;
* зменшення плинності кадрів;
* повніше використання здібностей працівників.

**Підвищення якості трудового життя**

Задоволення працівника своєю працею.

Найважливіші останні розробки в галузі управління людськими ресурсами - створення програм і методів підвищення якості трудового життя.

Висока якість трудового життя повинна характеризуватися наступним:

* робота повинна бути цікавою.
* робітники повинні одержувати справедливу винагороду і визнання своєї праці.
* робітниче середовище повинне бути чистим, з низьким рівнем шуму і гарною освітленістю.
* нагляд з боку керівника повинен бути мінімальним, але здійснюватися завжди, коли в ньому виникає необхідність.
* робітники повинні брати участь у прийнятті рішень, що стосуються їх і їхньої роботи.
* повинні бути забезпечені гарантія роботи і розвиток дружніх взаємин з колегами.
* повинні бути забезпечені засоби побутового і медичного обслуговування.

**Удосконалення організації праці**

Реорганізація праці з метою підвищення її якості. Два найбільш широко застосовуваних методи:

* Розширення обсягу роботи.
* Збагачення змісту роботи.

**Обсяг робіт** - це кількість різних операцій, виконуваних робітником, і частота їх повторення. Вузький обсяг - якщо робітник виконує лише кілька операцій і повторює їх часто. Широкий обсяг - багато операцій.

**Змістовність робіт** - це відносний ступінь того, наскільки робітник може вплинути на саму роботу і робітниче середовище. Сюди належать:

* самостійність у плануванні і виконанні роботи;
* визначення ритму роботи;
* участь у прийнятті рішень.

**Процес втрати інтересу до праці складається з 6 стадій.**

***Стадія 1: Розгубленість.***

Тут помічаються симптоми стресового стану, що починає відчувати новий працівник. Вони є наслідком розгубленості. Працівник перестає розуміти, що йому потрібно робити і чому робота в нього не ладиться. Він задає собі питання про те, чи зв'язане це з ним самим , з начальником, з роботою.

Нервові зусилля працівника поки не позначаються на роботі. Він легко контактує з працівниками по службі, а іноді навіть намагається справитися з труднощами за рахунок більш інтенсивної роботи, що у свою чергу може тільки підсилити стрес.

***Стадія 2: Роздратування.***

Суперечливі вказівки керівника, невизначеність ситуації незабаром викликають роздратування працівника, зв'язане з відчуттям власного безсилля.

Поведінка працівника здобуває демонстративні риси. Він підкреслює своє невдоволення в сполученні з підвищеною продуктивністю. Отут він переслідує дві цілі — зарекомендувати себе з кращої сторони, а також підкреслити на своєму тлі бездіяльність керівництва.

***Стадія 3: Підсвідомі надії.***

Незабаром підлеглий перестає сумніватися в тім, хто винуватий у виниклих в нього труднощах. Тепер він сподівається на промах начальника, після якого можна аргументоване довести правильність своєї точки зору.

Це виражається в утаюванні службової інформації, необхідної для рішення задач даного підрозділу. Підлеглий починає уникати начальника. Продуктивність і якість праці залишаються в нормі.

***Стадія 4: Розчарування.***

На цій стадії відновити підірваний інтерес до роботи набагато складніше. Продуктивність праці знижується до мінімально припустимої. Але не на цій стадії з працівник ще не втратив останньої надії.

Він поводиться як маленька дитина, він гадає, що в разі якщо буде «поводитись погано», начальник зверне на нього увагу. У цей період страждають такі почуття працівника, як впевненість у повазі з боку підлеглих, свідомості свого авторитету, звичка до добрих стосунків з іншими співробітниками.

***Стадія 5: Втрата готовності до співробітництва.***

Симптомом цієї стадії є підкреслення працівником межі своїх обов’язків, звуження їх до мінімуму. Деякі починають зухвало нехтувати роботою, а то і зганяти дурний настрій на колегах, знаходячи задоволення в приниженні інших. Суть цієї стадії - не боротьба за збереження інтересу до роботи, а спроба зберегти самоповагу.

***Стадія 6: Заключна.***

Остаточно розчарувавшись у своїй роботі, співробітник перейде на інше місце, або буде ставитися до роботи як до каторги. Один такий працівник може зіграти в групі роль каталізатора, привести до виплескування назовні прихованого почуття невдоволення всього колективу.

Непомітний процес втрати інтересу працівника до праці, його пасивність приносить такі відчутні результати, як плинність кадрів. Керівник виявляє, що йому доводиться вникати в усі деталі будь-якої справи, виконуваної підлеглими, які, у свою чергу, не виявляють ні найменшої ініціативи. Ефективність роботи організації падає.

**Управління персоналом в медичних закладах**

Визначеність чисельності працівників.

При визначенні чисельності середнього і молодшого медичного персоналу виходять з кількості ліжок за нормою та кількості посад на один цілодобовий пост (табл. 1).

Кількість посад медичного персоналу на один черговий пост визначають виходячи з загальної кількості робочих годин на рік та річної норми робочого часу. Загальна кількість робочих годин становить 365 днів х 24 год. = 8760, робочих днів на рік (за винятком недільних, святкових та відпускних днів) 365 — 52 — 7 — 24 = 282. Розрахунок кількості посад на один пост наведено в таблиці 2.

Аналогічно розраховують кількість посад при меншій тривалості відпустки. Штат адміністративно-господарського персоналу визначають залежно від категорії лікарні за типовими штатними розписами.

Чисельність персоналу кожної групи розраховують на початок, кінець року, а також середньорічну. Середньорічну кількість обчислюють так само, як і за фондом лікарняних ліжок.

Кількість лікарських посад — показник, що використовується для визначення витрат з амбулаторно-поліклінічного обслуговування населення. Згідно з діючими нормами на 10 тис. міського населення передбачено 11,8 посади лікаря, а для районних поліклінік сільських районів — 17,2.

Для дитячих поліклінік установлена норма: 1 лікар-педіатр на 1000 дітей до 14 років, а також 0,3 посади лікаря інших спеціальностей на 1000 дітей.

Кількість середнього і молодшого медичного персоналу встановлюють у поліклініках за нормами на одну лікарську посаду. Так, на одну посаду лікаря передбачається одна посада середнього медичного персоналу та дві посади на одну посаду хірурга. Кількість молодшого медичного персоналу обчислюють з розрахунку одна посада на кожну посаду лікаря-хірурга та одна посада на дві посади лікарів інших спеціальностей.

Лікарська посада є також розрахунковою одиницею для визначення витрат на утримання станцій швидкої медичної допомоги, лікарських здорово-пунктів тощо.

**Форми встановлення заробітної плати**

Посадові оклади (тарифні ставки) встановлюються з урахуванням кваліфікаційних вимог працівників і тарифних розрядів робітників відповідної кваліфікації на підставі штатного розпису і відображаються у тарифікаційному списку.

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

Розміри доплат за роботу в нічний час, суміщення посад (професій) та інших виплат визначаються адміністрацією закладів, установ за погодженням з профспілковими комітетами за рахунок і в межах фонду заробітної плати та відображаються в розрахункових відомостях на виплату заробітної плати. Визначення розміру заробітної плати проводиться у всіх випадках окремо за основну посаду, суміщення та за виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника.

Схемні посадові оклади лікарів-хірургів усіх спеціалізацій, лікарів-анестезіологів та лікарів-ендоскопістів підвищуються за здійснення оперативних втручань у залежності від обсягу, складності й характеру їх праці при роботі в амбулаторно-поліклінічному закладі (відділенні) — до 15% схемного посадового окладу, денному стаціонарі хірургічного профілю — до 25%, стаціонарі — до 40%.

Лікарям усіх спеціальностей, які отримали диплом з відзнакою після закінчення медичних інститутів (університетів, академій), схемний посадовий оклад підвищується протягом 5 років на 5%.

**Лікарям** — керівникам структурних підрозділів (відділень, кабінетів, лабораторій, відділів тощо) схемні посадові оклади встановлюються із урахуванням кваліфікаційної категорії з підвищенням їхнього розміру на 10% — 25% у залежності від обсягу робіт, кількості лікарських посад, згідно із штатним розписом з урахуванням посад завідувачів у розмірах:

* на 10% — при кількості лікарських посад до З одиниць (включно);
* на 20% — при кількості лікарських посад понад З до 6 одиниць (включно);
* на 25% — при кількості лікарських посад понад 6 одиниць.

Визначення схемних посадових окладів середнього медичного персоналу наведено в таблиці 4.

Старшим: медичним сестрам, фельдшерам, акушеркам, зубним технікам та іншим фахівцям схемні посадові оклади встановлюються з урахуванням відповідної кваліфікаційної категорії з підвищенням на 10 відсотків.

Схемні посадові оклади працівників, які обіймають посади незалежно від їх найменування у закладах охорони здоров'я та установах соціального захисту населення і мають науковий ступінь доктора наук, підвищуються на 25%, а науковий ступінь кандидата наук — на 15%.

Схемні посадові оклади працівників закладів охорони здоров’я та установ соціального захисту населення, працівників аптечних закладів підвищуються за наявності почесного звання України, СРСР, союзних республік СРСР: "заслужений" — на 20%, "народний" — на 40%.

**Схемні посадові оклади підвищуються також:**

* працівникам закладів та підрозділів для лікування лепрозних та психічних хворих, хворих на алкоголізм, наркоманію та інших закладів і підрозділів з особливо небезпечними для здоров'я та особливо важкими умовами праці — на 25 і 15%;
* працівникам, які працюють з вірусом імунодефіциту людини — на 60%;
* працівникам, зайнятим оглядом та наданням медичної допомоги тим, хто постраждав у зв'язку з аварією на Чорнобильській АЕС, — на 25%.

Передбачається ще цілий ряд інших підвищень схемних посадових окладів згідно з Умовами оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та соціального захисту населення.

***Крім того, передбачаються різні види доплат:***

* доплати за роботу в нічний час — в розмірі 35% годинної тарифної ставки (окладу) за кожну годину роботи в нічний час. Нічним уважається час з 10 години вечора до 6 години ранку.
* доплати за суміщення професій (посад), розширення зон обслуговування або збільшення обсягу виконуваних робіт — до 50 відсотків посадового окладу відсутнього працівника;
* доплати за виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника — до 50 відсотків посадового окладу відсутнього працівника та інші.

Основним документом, згідно з яким установлюються посадові оклади медичних працівників, є тарифікаційний список, який складають одночасно з кошторисом.

Заробітну плату адміністративно-господарського персоналу розраховують згідно із затвердженими посадовими окладами.

Працівники установ охорони здоров'я можуть преміюватися за досягнення кращих результатів у роботі за встановленими показниками. На зазначені цілі керівник установи охорони здоров'я має право використовувати визначений для установи за кошторисом фонд заробітної плати.

**Підготовка спеціалістів**

Система підготовки лікарів передбачає три ступені: лікар загального фаху, спеціаліст після інтернатури, магістр медицини. На післядипломному етапі в обов'язковій для всіх "випускників медичних та фармацевтичних факультетів вищих навчальних закладів III—IV рівнів акредитації одно- чи дворічній інтернатурі спеціалісти отримують спеціалізацію із п'ятдесяти лікарських та провізорських спеціальностей.

У 1996—1998 рр. створено нові навчальні плани і програми інтернатури з усіх лікарських спеціальностей, з підвищення кваліфікації лікарів на передатестаційних циклах — більше ніж зі 100 спеціальностей. Розроблено і затверджено ВАК України 82 програми кандидатських іспитів із медичних і біологічних фахів. •

Практично відпрацьовано плани щодо суттєвого подальшого реформування інтернатури, але на цій освітній післядипломній ділянці є ще чимало проблем. Вони переважно пов'язані з дуже раннім державним розподілом на роботу випускників вищих навчальних закладів. Студентів зараз розподіляють для майбутнього працевлаштування на початку випускного курсу, в основному за заявками управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, а до роботи вони приступають лише через 2—-3 роки — після закінчення інтернатури.

За цей час відбувається дуже багато змін і в системі охорони здоров'я (змінюються та скорочуються посади), і в сімейному стані майбутніх лікарів. Випускників потім перерозподіляють. Тому часто інтернатура проходить формально, адже дуже багато інтернів не впевнені, чи будуть вони працювати за своїм фахом. Немає також єдиної відповідальності за якість підготовки інтернів, бо їх курують і практикуючі лікарі закладів охорони здоров'я, і науково-педагогічні працівники вищих навчальних закладів.

Пріоритетом залишається сімейна медицина. Для підготовки сімейних медсестер впроваджено дворічний бакалаврат на базі загальносестринської освіти. Підготовка сімейних лікарів проводиться у дворічній інтернатурі, шестимісячних циклах перепідготовки працюючих лікарів та через півтора-дворічні очно-заочні форми навчання, коли кожен квартал лікар приїжджає на 1 міс на черговий навчальний цикл. Водночас є важливим процес реструктуризації лікарських посад і введення в регіональних, медичних закладах посад сімейних лікарів/лікарів загальної практики.

У вищих навчальних закладах галузі охорони здоров'я вперше в країні, ще в 1993 р., введено магістратуру як форму підготовки фахівців найвищої кваліфікації. Із 1997 р. магістратура поєднана з інтернатурою. Інтерни, які одночасно закінчують магістратуру із захистом магістерської роботи, отримують право вступу до аспірантури на клінічні кафедри без необхідного дворічного лікарського практичного стажу.

У системі медичної післядипломної освіти України протягом багатьох років існує спеціальна дворічна очна форма підвищення кваліфікації спеціалістів на держбюджетній основі — клінічна ординатура, яка з 1998 р. діє за вдосконаленим положенням про її проведення.

Продовжують розвиватись аспірантура та докторантура як форми підготовки науково-педагогічних кадрів.

Уведено систему безперервної післядипломної медичної освіти, за якої кожен фахівець зобов'язаний кожні п'ять років проходити протягом 1 міс підготовку на спеціальному передатестаційному циклі в закладах і на факультетах післядипломної освіти. Така підготовка завершується складанням уніфікованого тестового екзамену на відповідність певній лікарській кваліфікаційній категорії.

**Освіта і клінічна робота**

Введено в дію у 1997 р. нове положення про клінічну лікарню. Воно регулює питання на місцях щодо закриття та перепрофілізації клінічних кафедр. Нині 342 лікарням, центрам, поліклінікам та диспансерам різного підпорядкування наказом міністра охорони здоров'я України надано статус клінічних. Варто зауважити, що питання перепрофілізації клінічних ліжок чи їх скорочення не можуть тепер самовільно вирішуватися на місцях. Для цього необхідне погодження МОЗ, щоб уникнути можливого волюнтаризму і суб'єктивізму окремих керівників.

Чітко визначено, хто в клінічній лікарні є відповідальним за лікувальний процес. Відповідно до п. 4.2 Положення про клінічну лікарню керівник клініки — завідувач профільної кафедри нарівні з завідувачами відділень несе відповідальність за рівень, обсяг та якість лікувально-діагностичної роботи на всіх клінічних базах кафедри. І це справедливо, адже працівники кафедри зобов'язані вести лікувально-діагностичний процес обсягом до 50 % від норми навантаження лікаря-ординатора (п. 5.3.1 Положення), за що вони у вищому навчальному закладі отримують відповідну заробітну плату.

Керівник клініки разом із головним лікарем відповідної клінічної бази затверджує графік чергувань співробітників кафедри й ординаторів відділень (п. 4.7 Положення). До речі, завідувачі відділень повинні призначатися лише за погодженням із керівником клініки (п. 2.5.1 Положення).

Для посилення громадського контролю за наданням медичної допомоги та розширення ролі медичної громадськості у нормотворчому процесі створено Національну федерацію професійних медичних об'єднань (добровільне об'єднання понад двадцяти лікарських асоціацій країни) та асоціацію медичних сестер України.

**Підготовка лікарів у непрофільних вузах**

Тенденція розширення підготовки лікарів в освітніх закладах поза межами Міністерства охорони здоров'я з'явилася на початку 90-х років у так званих класичних університетах Міністерства освіти та в приватних інститутах. Хоча в 1996—1997 рр. і припинили своє існування п'ять приватних "самостійних" вищих медичних навчальних закладів (у Дрогобичі, Рівному, Чернівцях, Полтаві та Харкові), поки що проблемою є підготовка лікарів для сфери охорони здоров'я, але без замовлення МОЗ України в університетах системи Міносвіти і науки, особливо в Харкові та Дніпропетровську.

**Список використаної літератури**

1. Василик О. Д., Павлюк К. В. «Державні фінанси України» // Підручник – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 688с.
2. Підаєв А. В., Пономаренко В. М., Вороненко Ю. В. Медична освіта та кадрове забезпечення в системі охорони здоров'я. – К.: Здоров’я, 2003 – 162 с.
3. Крамаренко В. І. Менеджмент: Навчальний посібник. – К.: ЦУМ, 2000. – 248 с.
4. Хміль Ф. І. Основи менеджменту: Підручник – К.: Академвидав, 2003. – 608 с.