

# РЕЄСТР ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ

## В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я:

### КОНЦЕПТУАЛЬНА РАМКА ДЛЯ УКРАЇНИ

# Зміст

Скорочення .....	2
<b>Людські ресурси в охороні здоров'я: концептуальні рамки .....</b>	<b>3</b>
Потреба в інформації про людські ресурси в охороні здоров'я .....	3
Місце реєстру людських ресурсів в системі охорони здоров'я .....	3
<b>Досвід інших країн у впровадженні та використанні реєстрів людських ресурсів в охороні здоров'я .....</b>	<b>6</b>
Індонезія .....	6
Німеччина .....	7
Польща .....	9
Велика Британія .....	10
Франція/Італія .....	12
Уганда .....	13
Підсумки досвіду інших країн .....	16
<b>Огляд ситуації в Україні: професійний шлях, нормативне поле, інші важливі фактори .....</b>	<b>17</b>
Професійний шлях працівників охорони здоров'я в Україні .....	17
Професійний шлях лікарів та стоматологів .....	18
Професійний шлях фармацевта .....	20
Професійний шлях професіоналів спеціальності "223 Медсестринство" .....	21
Професійний шлях спеціалістів з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я .....	22
Нормативне поле у питанні реєстрів .....	23
Інші важливі політики та фактори .....	25
<b>Реєстр людських ресурсів в охороні здоров'я в Україні: засадничі принципи/позиції .....</b>	<b>27</b>
Політики, що є важливими передумовами впровадження реєстру ЛРОЗ .....	27
Значення реєстру ЛРОЗ .....	28
Роль і функціонал реєстру ЛРОЗ .....	28
Первинна роль реєстру .....	28
Інші ролі реєстру ЛРОЗ .....	29
Наповнення реєстру ЛРОЗ .....	29
Етапи професійного шляху працівників, на яких вони потрапляють у реєстр ЛРОЗ .....	29
Спеціалісти, дані про яких містить реєстр ЛРОЗ .....	31
Наповнення реєстру: мінімальний набір даних .....	33
Принципи наповнення та взаємодії з іншими реєстрами .....	35
Володілець реєстру .....	35
Стейкхолдери .....	36
Розподіл прав щодо внесення та редагування даних у реєстрі ЛРОЗ .....	37
Рівні доступу до даних у реєстрі ЛРОЗ .....	37
Особливості верифікації даних у реєстрі ЛРОЗ .....	39
Адміністрування реєстру ЛРОЗ .....	39
Фінансування реєстру ЛРОЗ .....	39
Етапність розроблення реєстру ЛРОЗ .....	40
Етапність впровадження та відповідні стимули .....	40

# Скорочення

<b>BPPSDMK</b>	Badan Peningkatan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Health Board of Human Resources for Health Empowerment and Development)
<b>EU</b>	European Union
<b>GMC</b>	General Medical Council (Велика Британія)
<b>HRH2030</b>	Human Resources for Health in 2030
<b>NHS</b>	Національна служба здоров'я (Велика Британія)
<b>PESEL</b>	Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności (Universal Electronic System for Registration of the Population)
<b>SI-SDMK</b>	System Informatasi SDM Kesehatan (Human Resources for Health Information System)
<b>UNMC</b>	Рада медсестер і акушерок (Уганда)
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>БПР</b>	Безперервний професійний розвиток
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ЕСОЗ</b>	Електронна система охорони здоров'я
<b>ЄДЕБО</b>	Єдина державна електронна база з питань освіти
<b>ЄДКІ</b>	Єдиний державний кваліфікаційний іспит
<b>ЄДР</b>	Єдиний державний реєстр юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань
<b>ЄКТС</b>	Європейська кредитно-трансферна система
<b>ЄС</b>	Європейський Союз
<b>ЗВО</b>	Заклад фахової передвищої, вищої та післядипломної освіти
<b>ЗНО</b>	Зовнішнє незалежне оцінювання
<b>ІТ</b>	Інформаційні технології
<b>ЛРОЗ</b>	Людські ресурси в охороні здоров'я
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я
<b>МОН</b>	Міністерство освіти і науки
<b>НПА</b>	Нормативно-правовий акт
<b>НСЗУ</b>	Національна служба здоров'я України
<b>ФОП</b>	Фізична особа-підприємець
<b>ЦГЗ</b>	Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
<b>ЦОВВ</b>	Центральний орган виконавчої влади
<b>ЦПХ</b>	Договір цивільно-правового характеру

# Людські ресурси в охороні здоров'я: концептуальні рамки

## Потреба в інформації про людські ресурси в охороні здоров'я

Здатність держави досягати своїх цілей у сфері охорони здоров'я значною мірою залежить від знань, навичок, мотивації та розподілу медичних кадрів, які організують і надають медичні послуги. Численні дослідження свідчать про прямий і позитивний зв'язок між кількістю медичних працівників і показниками здоров'я населення<sup>1</sup>. Інформаційна система охорони здоров'я з потужним кадровим компонентом може допомогти створити доказову базу для планування наявності необхідних медичних працівників, що володіють бажаними знаннями і кваліфікацією, в потрібному місці та в потрібний час. Планування потребує знання кількості та характеристик медичних працівників, які працюють у сфері охорони здоров'я, тих здобувачів медичної освіти, які потенційно можуть поповнити кадровий потенціал, а також тих, хто залишає медичну практику, та причини цього.

Проте в Україні, як і в багатьох інших країнах, існують значні прогалини в доступності та якості таких даних. Так, системі охорони здоров'я бракує даних та інструментів їх аналізу, щоб робити висновки про наявність і розподіл медичних працівників як за кваліфікаційним, так і за географічним принципом (це стало особливо актуальним у період міграції, спричиненої війною) і, відповідно, впроваджувати політики щодо доступу пацієнтів до тих чи інших медичних послуг. В Україні наразі також бракує свободи й водночас відповідальності у веденні медичної практики, що взаємопов'язано з якістю медичної допомоги та наявністю достовірного джерела даних.

Кадровий компонент інформаційної системи охорони здоров'я дає можливість стейкхолдерам, які приймають рішення, формувати й упроваджувати політики на основі даних, вживати відповідних заходів для реагування на різноманітні виклики в охороні здоров'я (застосування нових підходів до здобуття медичної освіти та підвищення кваліфікації; створення або вдосконалення стимулів для розв'язання проблем розподілу медичних кадрів; перерозподіл завдань (делегування у разі потреби, менш спеціалізованим медичним працівникам)<sup>2</sup>.

Врешті, “вартість” не поліпшення інформаційної системи щодо медичних кадрів набагато вища, ніж інвестиції в побудову якісної системи: необґрунтовані рішення та брак моніторингу й оцінювання інтервенцій, можуть мати довгострокові соціальні та економічні наслідки, адже результат таких рішень може бути значно відстроченим у часі (так, у разі державного замовлення на навчання спеціалістів в охороні здоров'я очікуваний результат можна спостерігати через 7-9 років – від моменту вступу абітурієнта до закладу освіти і до завершення інтернатури та прийому на роботу)<sup>3</sup>.

## Місце реєстру людських ресурсів у системі охорони здоров'я

Стейкхолдерам, які приймають рішення щодо формування і реалізації політик в охороні здоров'я, потрібно розуміти, наскільки ефективною та дієвою є система охорони здоров'я, як вона працює та реагує на виклики і зміну процесів, а також який вплив вона має на поліпшення показників здоров'я населення.

Наявні рамки, в межах яких проводять моніторинг та оцінювання систем охорони здоров'я, включають:

1 World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization.

2 Adano U. “Building the Bridge from Human Resources Data to Effective Decisions: Ten Pillars of Successful Data-Driven Decision Making”: Technical Brief 11 of the Capacity Project, August 2008.

3 World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization.

- 1) рамки ВООЗ для оцінювання ефективності систем охорони здоров'я<sup>4</sup>;
- 2) рамки "важелів управління" Світового Банку<sup>5</sup>;
- 3) рамки "будівельних блоків" від ВООЗ<sup>6</sup>.

- доступ до основних лікарських засобів;
- фінансування;
- лідерство та управління.

Даний документ структурований у межах рамки «будівельних блоків» шести основних компонентів (рисунок 1):

- надання послуг;
- кадри охорони здоров'я;
- інформаційна система;

Шість будівельних блоків різними способами впливають на формування та зміцнення системи охорони здоров'я. Деякі наскрізні компоненти, такі як лідерство/врядування та інформаційні системи охорони здоров'я, забезпечують основу для формування політик і регулювання всіх інших блоків системи. Фінансування та кадри охорони здоров'я є ключовими елементами системи охорони здоров'я — фундаментом для надбудови.

## Рисунок 1



## Рамкова програма дій для ЛРОЗ

Концептуальна основа для управління людськими ресурсами в охороні здоров'я (ЛРОЗ) зазвичай починається з визначення ключових елементів, які впливають на працівників охорони здоров'я, що, у свою чергу, вплине на надання медичних послуг. Однією з таких концептуальних основ є Рамкова програма дій для ЛРОЗ (рисунок 2), розроблена як ініціатива Global Health Workforce Alliance у співпраці з Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) і Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ)<sup>7</sup>.

Ця Рамкова програма дій показує, як політика, фінанси, освіта, партнерство та лідерство взаємодіють одне з одним і з системою управління людськими ресурсами.

Створення концептуальної рамки є першим кроком до розуміння національного контексту, в якому діють програми управління ЛРОЗ. Так, спираючись на цю Рамку, стейкхолдери мають можливість зрозуміти, які зони впливу обрати, щоб змінити ситуацію в системі ЛРОЗ: змінити програми додипломної освіти, впроваджувати професійні/етичні стандарти чи запроваджувати

<sup>4</sup> Papanicolas I., Rajan D., Karanikolos M., Soucat A., Figueras J., editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization. (2022). (Health Policy Series, No. 57).

<sup>5</sup> Roberts M., W. Hsiao, P. Berman, and M. Reich. (2003). Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press, Oxford, U.K.

<sup>6</sup> World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes – WHO's Framework for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.

<sup>7</sup> Fort, Alfredo & Ng, Crystal & Nicholson, Emily. (2015). Guidelines for Developing Monitoring and Evaluation Plans for Human Resources for Health.

Рисунок 2



нові механізми взаємодії і партнерства стейкхолдерів (напр., порядок співпраці клінічних кафедр закладів освіти і закладів охорони здоров'я).

Рамкова програма дій може стати основою для розроблення концепції реєстру ЛРОЗ (визначити стейкхолдерів, обрати пріоритети щодо наповнення тощо).

Так, майбутній реєстр ЛРОЗ нерозривно пов'язаний з такими складовими програми дій:

- **політики** у сфері ЛРОЗ (професійні стандарти, ліцензування, допуск до професії, юридичні форми медичної практики тощо);
- **лідерство** (зокрема, професійне самоврядування);
- **освіта** (додипломна освіта, державне замовлення, безперервний професійний розвиток);
- **партнерства** (контрактування НСЗУ, процеси євроінтеграції).

# Досвід інших країн у впровадженні та використанні реєстрів людських ресурсів в охороні здоров'я

## Індонезія

На початок 2021 року в Індонезії нараховувалося 1,9 млн медичних працівників, які забезпечували медичною допомогою 273 млн населення, працюючи в приблизно 100 000 закладів охорони здоров'я<sup>8</sup>.

Для того щоб управляти цією величезною кількістю працівників, було запроваджено процес реєстрації, який дає змогу визначати, скільки їх і де вони перебувають. Так, Медична рада Індонезії реєструє лікарів і стоматологів, Національний фармацевтичний комітет реєструє фармацевтів, інші медичні працівники реєструються Індонезійською Асамблеєю медичних працівників<sup>9</sup>. Водночас медсестри й акушерки зобов'язані лише мати ліцензію на право зайняття медичною діяльністю, тоді як реєстрація у професійній асоціації не є обов'язковою.

Вказані реєстри тривалий час існували паралельно та не обмінювалися даними між собою. Саме через це Уряд Індонезії та Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) країни вирішили створити цілісну електронну інформаційну систему на підставі президентського указу "One data". USAID долучився до роботи над цим надзвичайно важливим для всієї медичної системи Індонезії навчанням. З січня 2018 по серпень 2021 року Human Resources for Health in 2030 (HRH2030) Indonesia program, фінансована USAID, надавала технічну підтримку МОЗ, його партнерам та іншим ключовим стейкхолдерам.

Підхід, упроваджений проектом HRH2030, включав:

- + посилення існуючих інформаційних систем;
- + розвиток зв'язків між системами;
- + поліпшення дата-аналітики та візуалізації;

- + побудову урядових структур;
- + побудову спроможних систем на всіх рівнях системи охорони здоров'я.

Основні досягнення проекту HRH2030 для людських ресурсів у системі охорони здоров'я Індонезії:

*Упроваджена система інформації про працівників системи охорони здоров'я, яка полегшує обмін даними між усіма учасниками ринку праці системи охорони здоров'я для спільних дій та прийняття рішень.*

Отже, отримавши вчасно якісну інформаційну інфраструктуру, Рада людських ресурсів для розширення й розвитку системи охорони здоров'я при МОЗ (BPPSDMK – Board for Development and Empowerment of Human Resources in Public Health) зараз керує взаємодією та прийняттям рішень на основі доказових даних для підтримки людських ресурсів у системі охорони здоров'я.

*МОЗ стало спроможним швидко реагувати на виклики пандемії COVID-19.*

Із початком пандемії на базі створеної проектом HRH2030 аналітичної платформи відбувалися тренінги для відповідальних за прийняття рішень осіб національного та регіонального рівнів для того, щоб навчитися інтегрувати дані й створювати дашборди. Ці дашборди показували наявне та прогнозоване навантаження на медичних працівників, наявних працівників системи охорони здоров'я, їхню систему фінансової мотивації, а також дані про кількість волонтерів, витратні матеріали тощо. Саме

<sup>8</sup> Human Resources for Health in 2030 in Indonesia. Final report. (2021). <https://hrh2030program.org/final-report-indonesia/>

<sup>9</sup> The Republic of Indonesia health system review. Health systems in transition. Vol-7, Number 1. WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254716/9789290225164-eng.pdf>



завдяки тому, що можливості інформаційної системи про людські ресурси в системі охорони здоров'я (SI-SDMK – Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (Health Human Resources Information System) до пандемії вже були розширені, питання розроблення таких IT-рішень зайняло кілька тижнів замість місяців.

*Після зростання довіри до даних із SI-SDMK уряд Індонезії почав використовувати систему як головне джерело даних про працівників системи охорони здоров'я для планування вакцинації від COVID-19.*

Коли уряд зрозумів, що дані із SI-SDMK є повними та відображають реальну ситуацію серед працівників системи охорони здоров'я, він дозволив місцевій владі почати планувати вакцинацію медичних кадрів від COVID-19, що дало змогу повністю вакцинувати 1,4 млн осіб станом на жовтень 2021 року<sup>10</sup>.

*Медичні працівники Індонезії можуть самостійно оновлювати свої професійні дані через мобільний додаток.*

Усі медичні працівники, зареєстровані в SI-SDMK, можуть скачати мобільний додаток і в ньому переглядати інформацію про себе, вносити зміни, такі як контактні дані, дані про безперервний професійний розвиток, ліцензування, місце роботи тощо. Це допомагає отримувати якісніші дані про працівника і не витрачати час, щоб МОЗ чи інші відповідальні особи внесли зміни у профіль користувача.

*Лідерство, управління та організаційна спроможність МОЗ посилюються, і разом з BPPSDMK вони керують шляхом упровадження інновацій у цифровому*

*здоров'ї, яке забезпечує медичних працівників та осіб, які відповідальні за приймання рішень, якісними даними.*

У минулому BPPSDMK консультувало стейкхолдерів лише на національному рівні, на регіональний чи місцевий не вистачало спроможності. Водночас після поліпшення SI-SDMK BPPSDMK змогли сфокусуватися на вдосконаленні інтеграції між інформаційними системами медичних кадрів на регіональному рівні та, що важливіше, збільшити їхню спроможність для аналізу даних та їх використання.

Саме тому зараз BPPSDMK працює над подальшою інтеграцією місцевих систем ліцензування медичних працівників із SI-SDMK або ж навпаки. За 2021 рік рівень використання даних, отриманих із SI-SDMK, зріс на 29 % у процесі прийняття рішень.

## Німеччина

Особливістю людських ресурсів у системі охорони здоров'я Німеччині є велика залежність від мігрантів, які підтверджують тут свої дипломи і отримують право займатися медичною практикою. За 10-річний проміжок часу кількість іноземних лікарів у країні збільшилася більше ніж удвічі з 22 000 у 2008 році до 58 000 у 2019 році, що дорівнює 14,5 % від усієї кількості лікарів у 2019 порівняно із 4,2 % у 2008<sup>11</sup>. Також країна має найбільшу кількість лікарів на 1000 населення серед усіх членів Європейського Союзу – 4,31 у 2018 році (ЄС – 3,8).

Будь-який лікар, який проживає або має дозвіл на проживання і планує працювати в Німеччині, повинен обов'язково бути зареєстрованим у Державній палаті лікарів (State Chambers of Physicians), яких у країні є 17, розподілених за територіальним принципом. Окрім ведення Реєстру лікарів, ці палати здійснюють моніторинг відповідності лікарів до професійних стандартів та обов'язків, проводять курси спеціалізації як частину процесу безперервного професійного розвитку<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Human Resources for Health in 2030 in Indonesia.Final report. (2021). <https://hrh2030program.org/final-report-indonesia/>

<sup>11</sup> World Bank. 2020. Health workforce mobility from Croatia, Serbia and North Macedonia to Germany. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/489881614056529442/pdf/Main-Report.pdf>

<sup>12</sup> Medical organisations and associations. <https://www.bundesaerztekammer.de/en/work-training/work-and-training-in-germany/medical-organisations-and-associations>



Схожа система працює і для медсестер. Органом самоврядування тут є Німецька асоціація медсестер (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe), яка складається з одного національного офісу та чотирьох регіональних, де, власне, і відбувається реєстрація медсестер<sup>13</sup>.

Разом з тим ринок праці для працівників системи охорони здоров'я в країні має значні недоліки, які можна було б усунути за умови кращої роботи та інтеграції даних з Реєстрів медичних працівників. До цих недоліків належать:

- значна кількість незаповнених вакансій у медичній системі;
- старіння медичних працівників;
- недостатність даних та методів для планування людських ресурсів у системі охорони здоров'я;
- недостатня кількість випускників медичних факультетів закладів медичної освіти, яка задовольнила б кадрову нестачу.

З 2012 року Німеччина, орієнтуючись на дані Реєстрів медичних працівників, започаткувала програми для полегшення доступу іноземних лікарів та медичних сестер до ринку праці у сфері охорони здоров'я.

У 2011 році дослідження Prometheus показало, що в Німеччині діє занадто сувора система допуску іноземних медичних спеціалістів до ринку праці, що, відповідно, не задовольняло потреби медичної системи. Саме тому уряд країни розробив Федеральний акт про визнання освіти<sup>14</sup>, який дозволяв державним інституціям, що оцінюють відповідність рівня освіти, здобутої за кордоном, до загальнонімецького рівня, розв'язувати кожне питання в індивідуальному порядку. Також було знижено мінімальний рівень заробітної для іноземного спеціаліста, необхідний для отримання EU Blue Card, з €55,200 до €46,056, що дало можливість запрошувати на роботу молодих спеціалістів.

Відчуваючи нестачу медсестер для повноцінної роботи медичної системи, уряд Німеччини

започаткував програму "Потрійна вигода" ("Triple win"), яка дозволяла наймати медсестер з країн, де пропозиція перевищувала попит на ринку праці. Так, медсестер наймали з таких країн, як Сербія, Туніс, Філіппіни та Боснія і Герцеговина. З 2013 року понад 5700 медсестер скористалися такою можливістю і задоволені подальшими умовами роботи в Німеччині<sup>15</sup>.

Водночас МОЗ Німеччини оцінив тривалість процесу отримання візи й інші бюрократичні перепони, які займали близько два роки, та створив German Agency for Skilled Workers in the Health and Nursing Professions (DeFa), яка безпосередньо працює з роботодавцями та займається всією роботою з документами для іноземних медсестер, які бажають працювати в Німеччині.

### Планування медичних кадрів у Німеччині

За даними звіту щодо картування національних кадрових ресурсів охорони здоров'я планування та політики у 27 країнах ЄС та Великобританії, випущеного за сприяння Європейської Комісії у 2021 році<sup>16</sup>, Німеччина використовує "планування на вимогу" для заповнення лікарських позицій (сімейні лікарі та інші спеціалісти, поділені на 3 групи) стоматологів та фізіотерапевтів. Планувальні цілі доступності медичної допомоги використовують спеціалізовані прогнози щільності лікарів та населення на певних територіях.

Ці прогнози розраховує Спільний Федеральний Комітет кожні два роки. Рекомендації для планування розробляють страховики, Німецька лікарняна федерація (German hospital federation) та професійні лікарські асоціації.

Теперішні та майбутні виклики, які стоять перед Німеччиною:

1. Німецька система охорони здоров'я є однією з найстаріших у Європі. Це здебільшого самокерована, децентралізована й сфокусована на доступності медичної допомоги система, стійкості якої загрожує старіння населення, збільшення попиту

<sup>13</sup> The German Nurses Association DBfK. <https://www.dbfk.de/de/ueber-uns/English.php>

<sup>14</sup> Federal Recognition Act. Anerkennung in Deutschland. Recognition in Germany. [www.anerkennung-indeutschland.de/html/en/federal\\_recognition\\_act.php](http://www.anerkennung-indeutschland.de/html/en/federal_recognition_act.php)

<sup>15</sup> World Bank. 2020. Health workforce mobility from Croatia, Serbia and North Macedonia to Germany. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/489881614056529442/pdf/Main-Report.pdf>

<sup>16</sup> Kovács, E. (2021). Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28: Final study report. Luxembourg : Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f995186a-7b06-11eb-9ac9-01aa75ed71a1/language-en>

та довгостроковий догляд, економічна та медико-технологічна еволюція. Працівники та медичні заклади повинні адаптуватися до цих змін, щоб забезпечити стабільність системи.

2. Німецька система охорони здоров'я дуже залежить від народжених і навчених за кордоном спеціалістів.
3. Німецька система охорони здоров'я може бути вдосконалена, якщо будуть розв'язані питання з високими показниками госпітальної допомоги й високим рівнем видатків на медичну допомогу на одну особу разом зі значними регіональними відмінностями. Системні зміни мають супроводжуватися коригуванням планів щодо підготовки та залучення медичного персоналу.

Загалом процеси планування й управління медичними кадрами в Німеччині не повністю забезпечують потребу медичної системи в достатній кількості медичних працівників на довгострокову перспективу. Дані Реєстрів медичних працівників використовуються не повною мірою, потребують подальшої інтеграції та взаємодії між основними стейкхолдерами.

## Польща

Створення Реєстру лікарів та стоматологів у Польщі врегульовано Законом "Про медичні палати"<sup>17</sup>. Зокрема, розділ 4, статті 49-52 описують цей процес.

Усі лікарі та стоматологи, які бажають здійснювати медичну діяльність на території конкретного воєводства у Польщі, в обов'язковому порядку повинні зареєструватися в Регіональній палаті лікарів та стоматологів. Станом на сьогодні їх існує 23, а також Військова палата лікарів та стоматологів, яка розташована у Варшаві<sup>18</sup>. Ці палати формують Вищу медичну палату.

Польська палата лікарів і стоматологів є професійним самоврядуванням лікарів і стоматологів на державному рівні, а регіональні медичні палати — на регіональному рівні. Вищий

орган Польської палати лікарів і стоматологів — Загальна лікарська асамблея, а вищими органами кожної регіональної палати є регіональні лікарські асамблеї.

Існує два типи реєстрів: регіональний та Центральний Реєстр лікарів і стоматологів Республіки Польща.

### Центральний Реєстр лікарів і стоматологів Республіки Польща наповнюється даними з:

- 1) регіонального реєстру лікарів і стоматологів;
- 2) реєстру PESEL (polish acronym for Universal Electronic System for Registration of the Population);
- 3) реєстрів Соціальних служб.

Також у цей реєстр входять всі архівні дані про лікарів і стоматологів, що дає змогу відстежувати динаміку кількості лікарів та їх географічного розподілу.

Власником і відповідальною за ведення реєстру є Вища медична палата, яка передає дані з нього до МОЗ Польщі.

Схожі системи функціонування реєстрів діють для медичних сестер та фармацевтів.

### Планування медичних кадрів у Польщі

Планування медичних кадрів у Польщі відбувається непрямим способом через загальне планування системи охорони здоров'я<sup>19</sup>. "Плани надання медичних послуг" розробляються Національним Фондом здоров'я Польщі, ґрунтуючись на "Картах потреб у медичних послугах", розроблених МОЗ Польщі з 2014 року. Ці плани містять перелік і кількість необхідних медичних послуг для забезпечення потреб населення в них.

Такі дані збираються з:

- центрального офісу статистики;
- МОЗ Польщі та його Національного Центру інформації про здоров'я;

<sup>17</sup> Act on medical chambers. (2019). <https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2019.098.0000965,ustawa-o-izbach-lekarskich.html>

<sup>18</sup> Warmia and Mazury Medical Chamber in Olsztyn. <http://wmiL.home.pl/wmil/index.php/english>

<sup>19</sup> Kovács, E. (2021). Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28: Final study report. Luxembourg : Publications Office of the European Union. [https://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2021/02/D4\\_Final-study-report\\_EB-02-20-972-2A-N.pdf](https://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2021/02/D4_Final-study-report_EB-02-20-972-2A-N.pdf)

- Національного Фонду здоров'я;
- Вищої медичної палати, Національної палати медсестер і акушерок та інших професійних лікарських асоціацій;
- установ соціального страхування;
- системи моніторингу навчання медичних працівників.

Враховуючи наведене вище, існує велика кількість джерел інформації та стейкхолдерів, які є володільцями вказаної інформації, водночас немає спеціалізованої платформи, що могла б об'єднати це. Також проблемами тут є погана координація дії та недостатність лідерства під час планування медичних кадрів.

Теперішні та майбутні виклики, які стоять перед Польщею:

1. Враховуючи значний дефіцит (2,38 лікарів на 1000 населення у 2017 році (ЄС – 3,8 на 1000 населення у 2018 році), набір, підготовка та утримання медичних працівників є головними викликами для політиків і менеджерів системи охорони здоров'я.
2. Демографічні виклики, такі як старіння медичних працівників і загальне старіння населення, викликають посилену увагу та подальше розроблення політик у сфері охорони здоров'я. Незадовільна вікова структура медичних працівників показує, що середній вік лікаря у Польщі становить 54,2 року. 60 % усіх медичних працівників у країні віком від 50 років і більше.
3. Польща намагається зменшити адміністративне й організаційне навантаження на медичних працівників, вводячи в структуру професіоналів, що забезпечуватимуть підтримку для системи (асистентів лікаря, координаторів охорони здоров'я).

Для того щоб управляти дефіцитом медичних працівників, вводять податкові квоти для лікарів і стоматологів. У 2019 році було запроваджено "Довгострокову державну політику для медсестер та акушерок", яка передбачає

фінансову винагороду, щоб заохотити вступ на дані спеціальності та збільшити кількість медичних спеціалістів вказаного типу.

У Польщі планування кадрів охорони здоров'я є неадекватним і недостатнім<sup>20</sup>. Немає формальної структури та стратегії щодо планування людських ресурсів чи регулярних прогнозів для працівників охорони здоров'я, що призводить до багатьох негативних наслідків для системи охорони здоров'я. Нині дефіцит лікарів окремих спеціальностей стає однією з найважливіших причин обмеженого доступу до медичної допомоги та збільшення середнього часу очікування.

## Велика Британія

Регулювання медичних професій у Великобританії, у тому числі ліцензування, встановлення професійних стандартів та ведення відповідних реєстрів, належить до компетенції Генеральної медичної ради (General Medical Council). Так, GMC видає ліцензії, призупиняє їхню дію, анулює, а також вносить медичних спеціалістів до реєстрів, які дають право займатися професійною діяльністю у Сполученому Королівстві. Структура та принципи існування реєстрів значною мірою пояснюються їхньою історією запровадження та відповідним законодавчим регулюванням.

Роль GMC полягає в такому:

- 1) внесення до Списку зареєстрованих медичних працівників («Медичний реєстр»);
- 2) регулювання стандартів для закладів медичної освіти у Великобританії, а також підтримка зв'язків регуляторними органами інших країн щодо закладів медичної освіти за кордоном (взаємне визнання кваліфікацій тощо); з 2010 року – регулювання післядипломної медичної освіти;
- 3) ліцензування всіх лікарів, що практикують наразі у Великій Британії – окрема система, яка існує паралельно з системою реєстрації (ліцензування не означає внесення в медичний реєстр).

<sup>20</sup> Domagała, A., & Klich, J. (2018). Planning of Polish physician workforce - Systemic inconsistencies, challenges and possible ways forward. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 122(2), 102–108. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016885101730338X>

## ● Медичний реєстр

Перший медичний реєстр був запроваджений Медичним Актом у 1983 році<sup>21</sup>. Для отримання права займатися медичною практикою у Великобританії лікарі повинні отримати ліцензію на практику від GMC.

Реєстрація в GMC дає ряд привілеїв і обов'язків медичним працівникам. Реєстрація у GMC може бути тимчасовою (для інтернів/резидентів) або повною.

У Медичному реєстрі зареєстровано близько 270 000 лікарів. Перед внесенням у Реєстр особисті дані, освіта та кваліфікація кожного лікаря перевіряється. Окрім того, GMC може перевіряти заклад медичної освіти, в якому навчався лікар, або попередніх роботодавців, щоб дізнатися, чи є в них якісь сумніви щодо здатності лікаря працювати відповідно до професійних стандартів та етики.

Після реєстрації лікарі можуть керувати своїм «профілем» в Реєстрі:

- оновлювати дані про себе;
- сплачувати членські внески;
- подавати заявки на внесення до Реєстру медичних спеціалістів або Реєстру лікарів загальної практики.

До реєстру вносять дані про:

- ідентифікаційний номер, стать;
- рік і місце отримання диплома про медичну освіту;
- статус реєстрації, наявність ліцензії на медичну практику;
- дата реєстрації;
- статус у реєстрі лікарів загальної практики та медичних спеціалістів;
- інформація про дисциплінарні стягнення (з 20 жовтня 2005 року).

## ● Реєстр медичних спеціалістів

Реєстр медичних спеціалістів був запроваджений у 1997 році, відповідно до закону його веде GMC. З 1 січня 1997 року всі лікарі, які обіймають посаду за основним місцем роботи, за сумісництвом, консультантські посади тощо в системі Національної служби здоров'я (NHS), мають бути внесені в Реєстр медичних спеціалістів. Однак закон про запровадження реєстру містив певні винятки (наприклад, лікарі, які обіймали хірургічні посади в системі NHS до 1 січня 1997 року). Частина лікарів після введення нового регулювання не подали заявки на внесення в Реєстр. Це означає, що інформація про лікарів у цьому реєстрі не є повною.

Лікарі можуть подати заявку на внесення до Реєстру медичних спеціалістів, якщо відповідають критеріям щодо освіти та кваліфікації (особи, які здобули освіту/пройшли післядипломне навчання тощо в інших державах-членах Європейської економічної зони або ж у третіх країнах, будуть змушені пройти перевірку та процес визнання кваліфікації).

## ● Реєстр лікарів загальної практики

Реєстр лікарів загальної практики було створено у 2006 році. З 1 квітня 2006 року всі лікарі загальної практики, які надають медичні послуги у Великій Британії, повинні бути включені до Реєстру лікарів загальної практики. Лікарі мають право на внесення до Реєстру лікарів загальної практики, якщо вони вже є зареєстрованими практикуючими лікарями, а також мають документ про проходження навчання із загальної практики та відповідають іншим вимогам, встановленим GMC.

## ● Реєстр медичних ліцензій

Ліцензування (та підтвердження ліцензії) GMC було впроваджено у 2009 році<sup>22</sup>. Ліцензія підтверджує, що лікар має відповідні знання та кваліфікацію для ведення медичної практики. Окрім того, ліцензія на практику дає лікарю законні повноваження виписувати рецепти, підписувати

<sup>21</sup> Medical Act 1983. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/54/contents>

<sup>22</sup> The General Medical Council (Licence to Practise) Regulations Order of Council 2009

свідоцтва про смерть або кремацію та обіймати певні медичні посади (наприклад, працювати лікарем у системі NHS). Лікарі, які ведуть будь-яку медичну діяльність у Великобританії, повинні мати ліцензію незалежно від того, працюють повний робочий день чи неповний робочий день, надають консультації, приватно або в системі NHS.

Коли система ліцензування була запроваджена, близько 13 500 (6,1%) зареєстрованих лікарів вирішили не отримувати ліцензії в рамках кампанії «Час обирати». Лікарі, які не мають ліцензії, але зареєстровані в Медичному реєстрі, — це в основному викладачі, які не практикують, управлінці, лікарі, що працюють за кордоном, або пенсіонери<sup>23</sup>.

У листопаді 2009 року всім зареєстрованим лікарям у Великобританії було запропоновано отримати одноразову автоматичну ліцензію на практику, з грудня 2012 року жодна ліцензія не продовжується і не надається автоматично, а повинна повторно перевірятися кожні п'ять років. Лікар, який має ліцензію, може відмовитися від неї, якщо забажає.

**Медичний реєстр використовується для:**

- 1) акумуляції даних про лікаря (від додипломної освіти і до виходу на пенсію), у т.ч. дисциплінарних стягнень**
- 2) валідації даних лікаря — допуск до практики лише тих, хто має на це право**

Перед прийняттям лікаря на роботу роботодавець (замовник консультацій/медичних послуг) зобов'язаний перевірити наявність ліцензії на медичну практику та реєстрацію в Медичному реєстрі, а також вид реєстрації (інформація публічна й доступна онлайн). Інформація від агентств з працевлаштування, попередніх роботодавців та/або надана лікарем може бути недостовірною чи застарілою, тоді як реєстр є надійним джерелом валідації даних.

### **3) гарантування безпеки пацієнта**

Пацієнти довіряють лікарям своє життя та благополуччя, вони повинні бути впевнені, що лікарі є компетентними у своїй галузі та

дотримуються високих етичних стандартів. GMC декларує своїм обов'язком захистити цей суспільний інтерес. Підтримуючи актуальні реєстри кваліфікованих лікарів, GMC забезпечує, щоб усі зареєстровані лікарі відповідали професійним стандартам, яких очікує громадськість і медична професія. Так, завдяки публічності даних, пацієнти, роботодавці, представники GMC можуть перевірити (онлайн) наявність ліцензії у того чи іншого лікаря, наявність дисциплінарних стягнень, порушень правил професійної етики тощо.

### **4) контрахтування з NHS**

Лікар повинен бути зареєстрованим у Медичному реєстрі, а також у Реєстрі медичних спеціалістів, щоб отримати роботу основного (постійного), почесного або короткотермінового консультанта NHS.

Серед **недоліків інформаційної системи про медичні кадри** у Великій Британії можна виділити:

- множинність реєстрів і, як наслідок, дублювання та фрагментованість даних;
- недостатність автоматизації процесів (частина інформації перевіряється та вводиться вручну)
- немає операційного зв'язку з іншими державними реєстрами.

## **Франція/Італія**

Становлення інформаційної системи ЛРОЗ у Франції та Італії нерозривно пов'язане з розвитком професійного самоврядування в цих країнах. Так, реєстри медичних працівників передусім є інструментом ліцензування: професійна самоврядна організація, видаючи ліцензію, вносить інформацію про працівника в реєстр та оперує цією інформацією протягом його професійної кар'єри. Оскільки реєстри ЛРОЗ первинно були інструментом ліцензування, а органи самоврядування в Італії та Франції є самостійними агенціями, реєстри мало адаптувалися до потреб державної (чи регіональної) політики охорони здоров'я.

<sup>23</sup> Understanding a doctor's registration. A guide for patients and carers



Для прикладу роботи та взаємодії реєстру з різними стейкхолдерами пропонується розглянути процес визнання кваліфікації, отримання ліцензії та внесення в реєстр іноземного працівника, який отримав освіту в межах ЄС.

**Етапи реєстрації** (для медичного спеціаліста, який отримав медичну освіту в ЄС і бажає працювати у Франції)<sup>24</sup>:

- 1) збір необхідних документів;
- 2) подання заяви до органу професійного самоврядування – Ордену лікарів (Ordre des médecins); зазвичай процес отримання відповіді від Ордену про відповідність пакету документів, займає близько двох місяців;
- 3) співбесіда з представником Ордену; після того, як Орден повідомить про своє позитивне рішення щодо пакету документів, лікаря запрошують на особисту бесіду з одним із своїх представників до локального представництва того регіону, де лікар збирається проводити медичну практику. Після співбесіди виконавчий орган локального представництва Ордену проводить збори усіх членів і приймає рішення про прийняття лікаря-заявника. Ця зустріч зазвичай відбувається раз на місяць;
- 4) реєстрація; після позитивного рішення локального представництва лікар сплачує щорічний реєстраційний внесок, отримує картку лікаря («Caducée») і номер «RPPS», який служитиме ідентифікаційним номером лікаря в національному реєстрі французьких медичних працівників (що включає не лише лікарів).

Подібний алгоритм дій очікує і на лікаря, який поновлює свою ліцензію та підтверджує її документами про безперервний професійний розвиток.

Серед **недоліків інформаційної системи про медичні кадри** у Франції та Італії можна виділити:

- надмірну бюрократизацію;
- недостатність автоматизації процесів

(необхідність співбесід для отримання та поновлення ліцензії; інформація перевіряється та вводиться вручну), що зумовлює корупційні ризики;

- брак операційного зв'язку з іншими державними реєстрами;
- відсутність інструментів впливу та використання зі сторони працівника.

Тому, хоча реєстри ЛРОЗ у цих країнах і є **інструментом акумуляції даних про медичного працівника** (освіта, ліцензія, дисциплінарні стягнення тощо), вони навряд повною мірою можуть бути використані для прийняття рішень про управління ЛРОЗ, формування та реалізацію політики в охороні здоров'я.

## Уганда

Планування ЛРОЗ є важливим для забезпечення найефективнішого управління кадрами, навчання та розподілу медичних працівників. Однак у багатьох країнах, що розвиваються, дані про ЛРОЗ обмежені, неповні, застарілі або взагалі недоступні. Отже, стейкхолдери не мають надійних даних для прийняття обґрунтованих рішень і формування політик. Управлінцям потрібна інформація про кількість, склад, кваліфікаційні характеристики, потреби в навчанні та продуктивність ЛРОЗ<sup>25</sup>. Саме комп'ютеризовані інформаційні системи людських ресурсів допомагають країнам збирати й аналізувати дані про ЛРОЗ.

Уганда є однією з кількох країн Субсахарської Африки, в якій спостерігається дефіцит медичних працівників. Як наслідок, заклади охорони здоров'я, і, відповідно, пацієнти, потерпають від нестачі кваліфікованого персоналу, який може забезпечити надання медичних послуг<sup>26</sup>.

До 2004 року, попри існування різноманітних незалежних джерел даних про ЛРОЗ (включно з переписами населення та іншими національними опитуваннями, даними Міністерства охорони здоров'я, джерелами локального рівня, незалежними дослідженнями та даними

<sup>24</sup> National Council of Physicians. <https://www.conseil-national.medecin.fr/>

<sup>25</sup> Beaglehole R., Dal Poz MR: Public health workforce: Challenges and policy issues. Human Resources for Health 2003, 1:4. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-4>

<sup>26</sup> Matsiko C. Human Resources for Health Report: Improving Productivity of Health Workforce 2009, Draft.

професійних спільнот), Уганда потребувала кращої інформації про стан ЛРОЗ. Незважаючи на те, що інформаційна система управління охороною здоров'я раніше була впроваджена з дещо обмеженим успіхом через технологічні та організаційні проблеми, інформаційної системи, спеціально розробленої для працівників охорони здоров'я, бракувало. Чотири професійні самоврядні організації (ради) Уганди вели облік своїх членів, зокрема Рада медсестер і акушерок (UNMC). UNMC – це орган професійного самоврядування, уповноважений регулювати стандарти для медсестринства й акушерства. UNMC утворилася як “відгалуження” МОЗ. Рада виконує кілька функцій, у т.ч. встановлення вимог до безперервного професійного розвитку, видача та припинення ліцензій, притягнення до дисциплінарної відповідальності у справах про професійні порушення.

Одним із завдань UNMC є відстеження інформації про навчання та безперервний професійний розвиток медсестер і акушерок Уганди. Після завершення університету всі медсестри й акушерки з державних, приватних, релігійних і неурядових секторів зобов'язані зареєструватися в UNMC і поновлювати свою ліцензію кожні три роки<sup>27</sup>. UNMC є своєрідним репозиторієм інформації, включаючи дані про ліцензії та реєстрацію, які можна перевірити перед працевлаштуванням.

До 2015 року UNMC вела всі свої записи в паперовому вигляді. Однак паперова система ведення інформації не дає можливості агрегувати й аналізувати дані, що є критично важливим для планування та управління ЛРОЗ. В UNMC прагнули створити електронну базу даних, яка дасть можливість швидко оновити, агрегувати та проаналізувати дані про ЛРОЗ. Для досягнення цієї мети в Уганді був реалізований проєкт Saracity Project, профінансований USAID – глобальна ініціатива для зміцнення систем охорони здоров'я в країнах, що розвиваються. Метою цього проєкту був перехід бази даних UNMC з паперового в електронний формат, який міг би забезпечити вищезазначені цілі. Пізніше цей проєкт був також реалізований для інших самоврядних організацій – Ради лікарів і стоматологів, Ради фармацевтів та Ради спеціалістів з немедичною освітою.

## Етапність упровадження проєкту

### ● зміцнення лідерства

Першим кроком у зміцненні інформаційної системи ЛРОЗ було об'єднання усіх стейкхолдерів, які приймають рішення та які мали інтерес до інформаційної системи, в коаліцію. Метою цієї коаліції було визначити конкретні пріоритети та завдання, які повинен розв'язати реєстр ЛРОЗ, і стати рушійною силою, яка забезпечить реалізацію проєкту. До складу коаліції увійшли представники від МОЗ, усі чотири професійні ради, представники закладів освіти, представники лікарських НГО та представники Проєкту.

### ● зміцнення інформаційно-комунікаційної інфраструктури

Наступний крок – оцінювання і зміцнення інформаційно-комунікаційної інфраструктури UNMC. Цей процес включав оцінювання існуючого обладнання, програмного забезпечення і підключення до Інтернету; усі ці компоненти були оновлені для того, щоб мати здатність підтримувати новий реєстр. Персонал пройшов навчання щодо адміністрування та обслуговування оновленої системи.

### ● розроблення програмного забезпечення для реєстру ЛРОЗ

Після оновлення інформаційно-комунікаційної інфраструктури, для UNMC було інстальовано iHRIS Qualify. iHRIS Qualify – це Open Source програмне забезпечення, призначене для використання в органах управління ЛРОЗ, яке можна використовувати для відстеження інформації про медичних працівників від додипломної підготовки до ліцензування і прийняття на роботу. Ці дані зберігаються в центральній базі даних UNMC.

### ● промоція культури прийняття доказових рішень

Незважаючи на те, що нова інформаційна система ЛРОЗ забезпечує значні переваги, вона сама по собі має мало значення поза контекстом<sup>28</sup>. З цієї причини члени коаліції, персонал UNMC та

<sup>27</sup> Spero et al. Tracking and monitoring the health workforce: a new human resources information system (HRIS) in Uganda. Human Resources for Health 2011 9:6.

<sup>28</sup> Lippeveld T., Sauerborn R., Bodart C. Design and Implementation of Health Information Systems Geneva: World Health Organization; 2000.



інші стейкхолдери пройшли практичне навчання з використання нової системи, що дало змогу попрактикуватися в прийнятті рішень на її основі, аналізувати та “читати” дані. Так, користувачі не лише навчилися використовувати нову систему з технічного погляду, а й набули розуміння, як цей інструмент може бути корисний в управлінні ЛРОЗ, формуванні та реалізації політик<sup>29</sup>.

### ● розбудова спроможності реєстру ЛРОЗ

Для забезпечення інституційної стійкості і спроможності системи персонал UNMC, у т.ч. системні адміністратори, оператори введення даних, менеджери, аналітики тощо, пройшли навчання з питань підтримки та постійного використання програмного забезпечення реєстру ЛРОЗ, а також загальне навчання з якості даних та управління проектами. Метою цього етапу було забезпечити спроможність персоналу UNMC підтримувати, використовувати і продовжувати вдосконалювати реєстр після завершення донорського проєкту.

### ● забезпечення якості та безпеки даних

Для забезпечення якості даних, система була побудована у такий спосіб, що більшість даних (про заклад освіти, заклад охорони здоров'я тощо) вводилися через обрання з випадного списку. Це мінімізувало людське втручання і, відповідно, можливість помилки (одруківки, неправильно введені дані). UNMC також запровадила новий процес перевірки даних після впровадження нової системи. Медсестри та акушерки, які хочуть зареєструватися в Раді або оновлюють ліцензії, фізично прибувають до Ради, отримують роздруківку з даними про себе. Якщо якась інформація введена неправильно або її бракує, відповідальний працівник перевіряє таку заяву та виправляє помилку в разі необхідності.

Також були впроваджені політики щодо безпеки та конфіденційності даних: затверджений порядок формування та збереження паролів користувачів; розроблена угода про використання даних третіми особами (для випадків, коли дані поширюють для інших агенцій, наприклад, МОЗ).

## Результати реформи

Одразу після оцифрування даних (переведення паперових архівів в електронний вигляд),

стейкхолдери отримали перші результати реформи.

Так, UNMC були виявлені проблемні питання щодо додипломної освіти медсестер та їх реєстрації в Раді. Медсестринська освіта передбачає інвестування і так обмежених ресурсів, включаючи грошові кошти, час доступних в Уганді викладачів, навчальні матеріали тощо. Так, було виявлено, що в деяких медсестринських закладах освіти рівень завершення навчання та отримання диплома значно нижчий, ніж у середньому по країні. Це дало змогу змінити освітні програми в одних закладах, інші — закрити та перерозподілити здобувачів освіти між більш “успішними”.

Окрім того, було виявлено, що частина спеціалістів, які завершили навчання, не пройшли реєстрацію в Раді, а значить — не взялися за роботу, тобто система охорони здоров'я не може на них розраховувати. Це дало змогу, з одного боку, завдяки опитуванням дізнатися про причини залишення професії (відсутність необхідних вакансій, міграція тощо), з іншого — проводити раціональне планування, оскільки стало зрозуміло, що рівень державного замовлення/ліцензійного обсягу не дорівнює кількості спеціалістів, що додаються в кадровий резерв через кілька років.

## Проблемні питання імплементації

1. Оскільки нова система не була синхронізована з іншими державними реєстрами, дані не можна вважати стовідсотково якісними. Так, у подібній системі можливі дублікати, адже в процесі внесення даних могли бути допущені помилки в написанні імені/прізвища тощо. Пізніше в системі був запроваджений спеціальний ідентифікаційний номер кожного працівника, який відповідав номеру ліцензії на медичну практику. Це допомогло відфільтрувати неякісні дані.

<sup>29</sup> Spero et al. Tracking and monitoring the health workforce: a new human resources information system (HRIS) in Uganda. Human Resources for Health 2011 9:6.

2. Низька залученість медичного працівника. У новоствореній системі медичні працівники не мають права доступу до інформації про себе. Більше того, щоб верифікувати ці дані, вони повинні фізично прибути до Ради та перевірити їх у "ручному" режимі.
3. Часткова застарілість даних. Дані були введені в систему з паперових записів, які, можливо, не оновлювалися, коли медсестра пішла на пенсію, залишила державний сектор, переїхала в іншу країну або померла. Тому на початку база даних містила інформацію про осіб, які залишили кадровий резерв. Ситуація почала вирівнюватися приблизно через три роки, коли медсестри оновлювали свої ліцензії. Однак і в подальшому система не відстежувала осіб, які, наприклад, вийшли на пенсію (до "дедлайну" оновлення ліцензії), тому дані про кількість активної робочої сили в системі завжди дещо завищені.

### Значення реєстру

1. Незважаючи на проблемні питання імплементації, стейкхолдери, які здійснюють управління ЛРОЗ, наразі **можуть оцінити кадровий потенціал країни**, адже мають дані про кількість персоналу, їхню освіту, стан ліцензії, географічний розподіл, розподіл по типах закладів тощо.
2. Окрім того, реєстр — це своєрідний **репозиторій даних про кожного працівника** (освіта, ліцензія, БПР) — роботодавець чи представник Ради може перевірити, чи має той чи інший спеціаліст право практикувати медицину, а також наявні дисциплінарні стягнення.
3. Також дані реєстру використовуються для **оцінювання освітніх програм** (відсоток завершення закладу освіти) та регіональних освітніх потреб<sup>30</sup>.
4. Реєстр дає розуміння наявності вакантних спеціалістів та їхньої відповідності вакантним посадам в країні.
5. Завдяки реєстру можна оцінити кількість спеціалістів **передпенсійного віку**, які найближчим часом можуть покинути кадровий резерв (вийти на пенсію), і, відповідно, приймати рішення про необхідність замовлення на навчання майбутніх спеціалістів.

### Підсумки досвіду інших країн

Проаналізувавши досвід описаних вище країн, ми пропонуємо виокремити чотири основні складові, які важливі для успішного впровадження реєстру медичних працівників/людських ресурсів в охороні здоров'я:

1. Активне залучення ключових стейкхолдерів до та під час процесу створення реєстру, що дає змогу одразу визначити, як і для чого вказаний реєстр створюється; функціонування одного масиву даних замість кількох паралельних систем, що дублюють одна одну та провокують ручне управління під час розроблення політик у сфері людських ресурсів в охороні здоров'я; оперативність у прийнятті рішень на основі доказових даних — усі ці переваги є **факторами успіху**, які допомагають урядовим інституціям розробляти й упроваджувати подібні проєкти.
2. Визначена **роль стейкхолдерів**, зокрема: активна роль самоврядних організацій, мінімальна роль урядових структур, а також використання мобільних додатків для працівників системи охорони здоров'я, що збільшує активне залучення всіх учасників процесу і сприяє суб'єктності та свободі працівників.
3. **Варті довіри дані**. Усі дані, які накопичує реєстр, дають можливість проводити верифікацію як до- та післядипломної освіти медичного працівника, його професійного досвіду, так і його компетентності (через відображення скарг, судових процесів, професійної недбалості тощо). Це дає підстави також приймати рішення про допуск до професії/роботи, що є однією з визначальних ролей реєстру. Водночас, роблячи інформацію з реєстру публічною, забезпечуючи автоматичність внесення даних

<sup>30</sup> Hagopian, A., Zuyderduin, A., Kyobutungi, N., & Yumkella, F. (2009). Job satisfaction and morale in the Ugandan health workforce. Health affairs (Project Hope), 28(5), w863–w875. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19661112/>

про освіту та безперервний професійний розвиток через зв'язок з іншими видами реєстрів, функціонування реєстру забезпечує основних стейкхолдерів (включно з медичною спільнотою) **даними, яким можна довіряти**, і приймати рішення щодо подальшого розвитку людських ресурсів у сфері охорони здоров'я та формування політик на основі доказових даних.

**4. Визначення сфери застосування.** Створення та подальша робота реєстру забезпечують доступ до професії, розподіл навантаження

в системі охорони здоров'я, допомагають прогнозувати майбутні вакансії, адекватно визначати освітні потреби та планувати державне замовлення. Окрім того, можна швидко планувати протиепідемічні заходи для медичних працівників (вакцинація, закупівля засобів індивідуального захисту), відстежувати міграційні настрої, а також визначати вимоги для контрахтування закладів охорони здоров'я для подальшого моніторингу та оплати наданих медичних послуг населенню.

## Огляд ситуації в Україні: професійний шлях, нормативне поле, інші важливі фактори

*У цьому документі ми не описуємо детально проблематику й чинну ситуацію з людськими ресурсами та реєстрами в охороні здоров'я, оскільки документ призначений для використання колом стейкхолдерів, що знають як ширший, так і специфічний контекст.*

Поданий нижче огляд ситуації в Україні сфокусований на кількох елементах, які суттєво впливатимуть на концептуалізацію реєстру людських ресурсів в охороні здоров'я та подальші процеси його розроблення й упровадження (опис бізнес-процесів, підготовку НПА та ІТ-розробку). Ці елементи включають: опис професійного шляху працівників охорони здоров'я відповідно до спеціальностей за дипломами; огляд нормативного поля; опис інших важливих факторів (зокрема, політик), які впливатимуть на концептуалізацію й упровадження реєстру.

Вибір цих елементів ґрунтується на огляді концептуальних підходів, пропонує міжнародними організаціями, вивченні досвіду інших країн, аналізі українського законодавства та обговореннях зі стейкхолдерами. У процесі концептуалізації реєстру, в разі потреби може бути додано опис інших елементів.

### Професійний шлях працівників охорони здоров'я в Україні

Спираючись на концептуальні підходи, рекомендовані міжнародними організаціями, та досвід інших країн, ми проаналізували професійні шляхи кожної з груп працівників системи охорони здоров'я в Україні. Такий аналіз дасть можливість надалі визначити "точки взаємодії" працівників із майбутнім реєстром, зокрема: момент появи працівника в реєстрі, різні етапи освіти, допуск до професії/практики, досвід роботи, безперервний професійний розвиток тощо. Описаний і візуалізований професійний шлях також допомагає визначити, які дані мають бути інтегровані до реєстру, щоби забезпечити максимально повну кількість інформації, яка в подальшому буде необхідна основним стейкхолдерам для розроблення політик у сфері людських ресурсів у охороні здоров'я.

Водночас необхідно зазначити, що вказаний професійний шлях відображає сучасну нормативно-правову базу, яка існує сьогодні, і, відповідно, вступ та подальше навчання здобувачів освіти галузі знань "22 Охорона здоров'я" відбувається відповідно до затверджених МОН стандартів вищої освіти. У нашому документі ми акцентуємо увагу на вступі до закладу вищої освіти на бакалаврські й магістерські програми

для медичних спеціальностей на базі повної загальної середньої освіти, який є домінуючим. Саме тому ми не зосереджувалися на підходах до здобуття освіти для працівників закладів охорони здоров'я, які отримали дипломи про освіту до 2017 року, коли було прийнято нову редакцію Закону України "Про вищу освіту", а також на можливостях вступу випускників медичних коледжів після отримання ними диплома про освіту. Питання коректного відображення таких документів має бути детально прописане в процесі розроблення технічного завдання для створення реєстру Людських ресурсів у системі охорони здоров'я і не є предметом обговорення вказаної концепції.

## Професійний шлях лікарів та стоматологів

Вступ до магістратури за спеціальностями "222 Медицина"<sup>31</sup>, "228 Педіатрія", "225 Медична психологія", "221 Стоматологія"<sup>32</sup> відбувається після отримання повної загальної середньої освіти (Рисунок 3, 4). Щорічно для вступу на медичні спеціальності встановлюється мінімальний прохідний бал. У довоєнний період це було 150 балів ЗНО для медичних спеціальностей та 130 балів – для фармацевтів<sup>33</sup>. Вказана мінімальна кількість балів була спрямована на зарахування на навчання до закладів вищої освіти розумних та мотивованих студентів.

Тривалість додипломного навчання становить шість років (для спеціальності "221 Стоматологія" – п'ять років).

Контроль якості навчання відбувається через складання здобувачами вищої освіти Єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ)<sup>34</sup> на 3-му та 6-му (або 5-му для спеціальності "221 Стоматологія") курсі. Перший етап (3 курс) містить інтегрований тестовий іспит КРОК 1 та англійську мову професійного спрямування ("221 Стоматологія", "225 Медична психологія"),

а також міжнародний іспит з основ медицини (фундаментальні дисципліни) ("222 Медицина", "228 Педіатрія"), який тимчасово не проводиться. Наприкінці навчання 6 (5) курс здобувачі освіти складають 2 етап ЄДКІ, який для всіх спеціальностей складається з тестового іспиту КРОК 2. Студенти спеціальностей "221 Стоматологія", "222 Медицина" та "228 Педіатрія" додатково складають практичний (клінічний) іспит.

У разі успішного складання всіх компонентів ЄДКІ на 1-му та 2-му етапах здобувач вищої освіти отримує диплом лікаря-спеціаліста і зобов'язаний пройти інтернатуру тривалістю від одного до трьох років<sup>35</sup>. За результатами підготовки в інтернатурі (виконання індивідуальної програми, успішне складання ліцензійного тестового іспиту КРОК 3, практичного іспиту) лікар-інтерн отримує сертифікат лікаря-спеціаліста й починає самостійну практичну роботу. Цей сертифікат дійсний протягом п'яти років. За цей час лікар зобов'язується також здійснювати безперервний професійний розвиток (БПР) і отримувати щонайменше 50 балів щороку<sup>36</sup>. Також після проходження інтернатури лікар-спеціаліст може пройти курси спеціалізації, тривалістю від 1 до 10 місяців і здобути ще одну спеціальність<sup>37</sup>.

Отримання сертифіката є особливим етапом, який відрізняє дану категорію працівників від більшості інших (окрім фармацевтів), описаних нижче. Фактично сертифікат лікаря-спеціаліста є наразі тим документом, що дає лікареві доступ до професії, підтверджує його право на медичну практику. У такому розумінні отримання цього сертифіката та внесення інформації про нього в реєстр є одним з ключових етапів (однією з ключових дій) на даній стадії розвитку системи охорони здоров'я. З розвитком політик індивідуального ліцензування та професійного самоврядування ця складова реєстру має бути відповідно оновлена. Детальніше бачення описано в розділі "Реєстр людських ресурсів в охороні здоров'я в Україні".

31 Наказ МОН № 1197 від 08.11.2021 р. «Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти». [https://osvita.ua/doc/files/news/850/85049/222-Medytsyna\\_mahistr\\_09\\_11.pdf](https://osvita.ua/doc/files/news/850/85049/222-Medytsyna_mahistr_09_11.pdf)

32 Наказ МОН № 879 від 24.06.2019 р. «Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 221 «Стоматологія» для другого (магістерського) рівня вищої освіти». <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/06/25/221-Stomatolohiya-mahistr.20.01.22.pdf>

33 <https://s-osvita.com.ua/ru/magazine/stati-iz-zhurnala/vyshee-obrazovanie/1432-minimalnij-prokhdnij-bal-150>

34 Постанова КМУ №334 від 28.03.2018 р. «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#Text>

35 Наказ МОЗ №1254 від 22.06.2021 р. «Про затвердження Положення про інтернатуру». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1081-21#Text>

36 Наказ МОЗ №446 від 22.02.2019 р. «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>

37 Наказ МОЗ №166 від 22.07.1993 р. «Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників». <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z0113-93#Text>

Рисунок 3

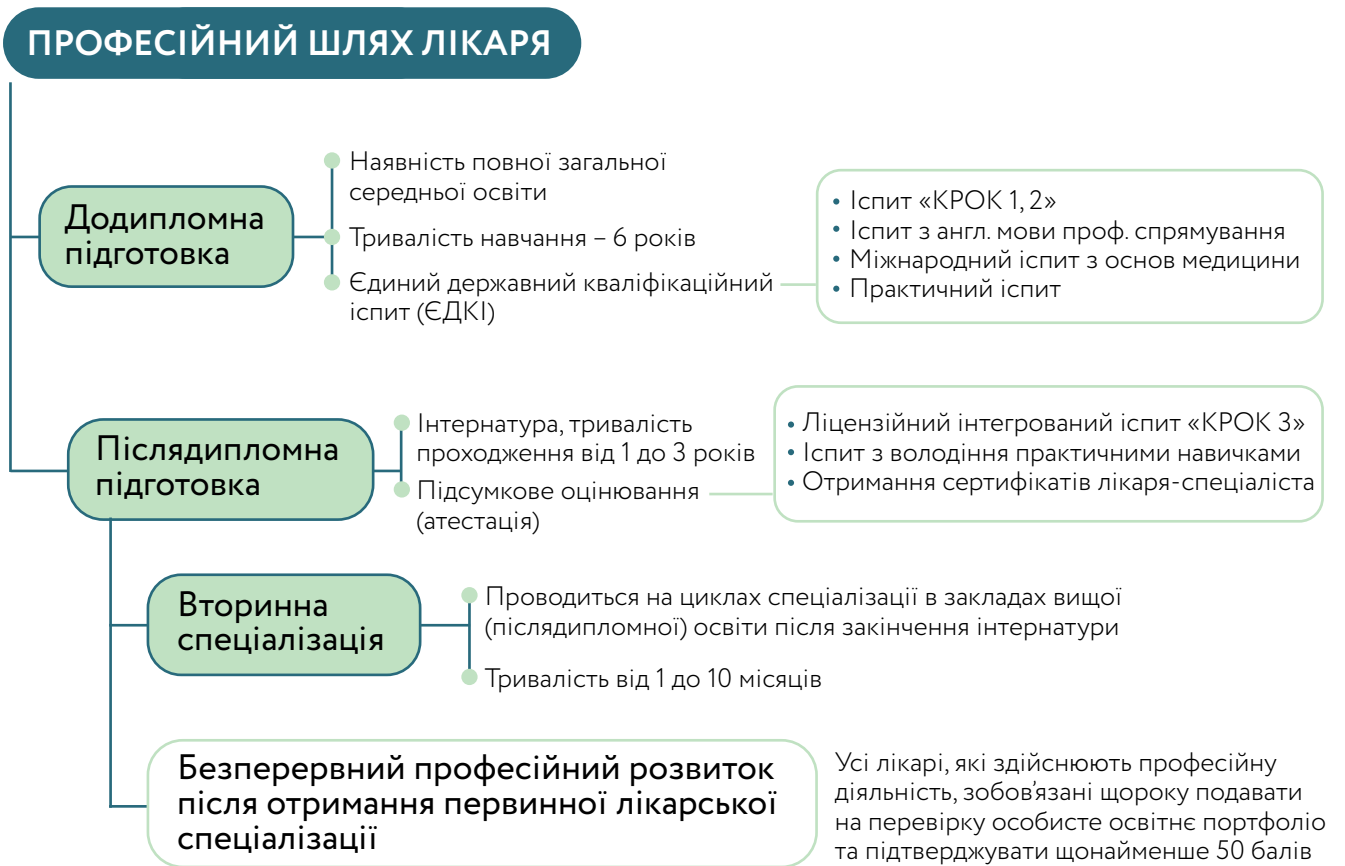
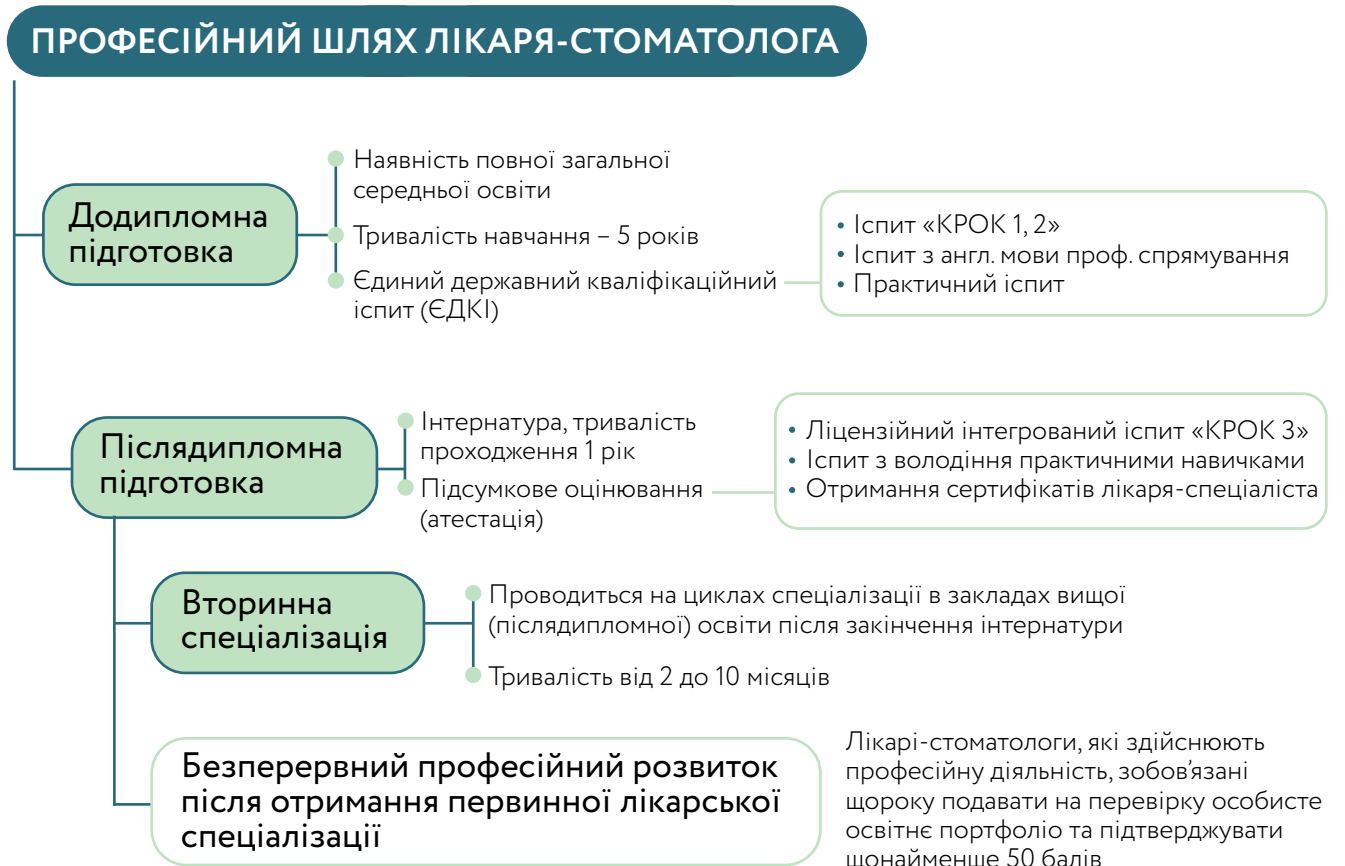


Рисунок 4



## Професійний шлях фармацевта

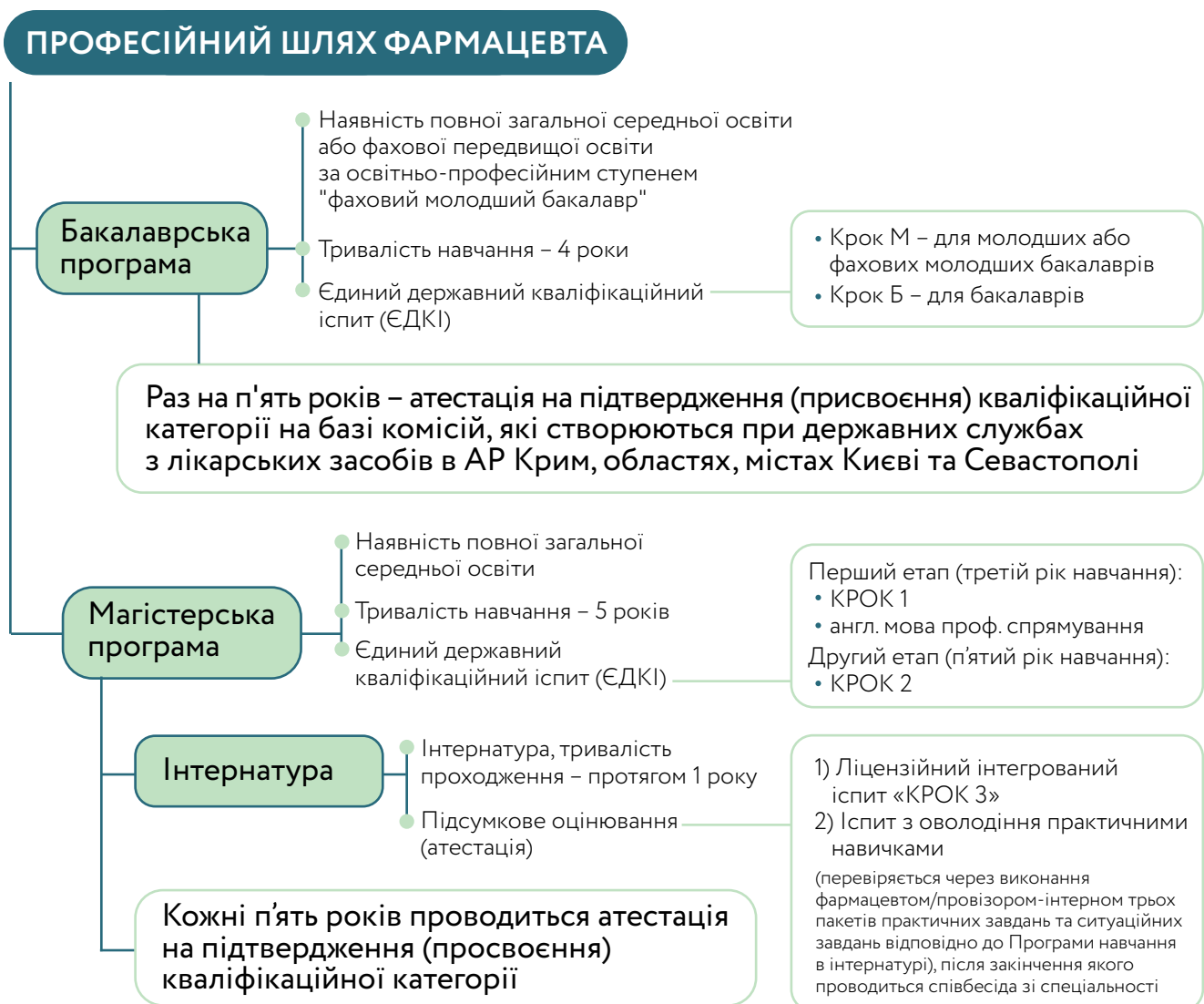
Професійний шлях фармацевтів і провізорів (Рисунок 5) дещо відрізняється від описаних вище спеціальностей, оскільки за спеціальністю "226 Фармація, промислова фармація" навчання відбувається на бакалаврському та магістерському рівнях освіти. Так, тривалість навчання на бакалаврському рівні становить чотири роки, і після складання ліцензійного інтегрованого іспиту Крок Б (М) випускник отримує диплом та має можливість одразу взятися за роботу на посаді асистент фармацевта. Водночас магістерська програма підготовки триває п'ять років.

Після успішного складання 1-го етапу ЄДКІ на 3-му курсі (тестовий іспит Крок 1 та англійська мова професійного спрямування) та 2-го етапу

на 5-му курсі (Крок 2), випускник отримує диплом і зобов'язаний пройти підготовку в інтернатурі протягом одного року. Лише після цього здобувач вищої освіти отримує від ЗВО свідоцтво провізора-спеціаліста і має право здійснювати професійну діяльність. Кожні п'ять років проводиться атестація на підтвердження (присвоєння) кваліфікаційної категорії на базі комісій, які створюються при державних службах з лікарських засобів в АР Крим, областях, містах Києві та Севастополі<sup>38</sup>.

Протягом п'яти років фармацевт/провізор проходить курси тематичного вдосконалення, а для отримання кваліфікаційної категорії перед атестацією необхідно пройти передатестаційний курс. З 2023 року передбачена інтеграція фармацевтів до загальної рамки БПР, якою скасовуватимуться передатестаційні цикли

Рисунок 5



38 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1368-06#Text>



перед атестацією на присвоєння кваліфікаційної категорії. МОЗ України повинно встановити мінімальну кількість балів БПР, яку фармацевти мають отримувати за відвідування конференцій, тренінгів, майстер-класів тощо. Водночас під час воєнного стану важко прогнозувати, чи буде втілена ця ініціатива.

## Професійний шлях професіоналів спеціальності “223 Медсестринство”

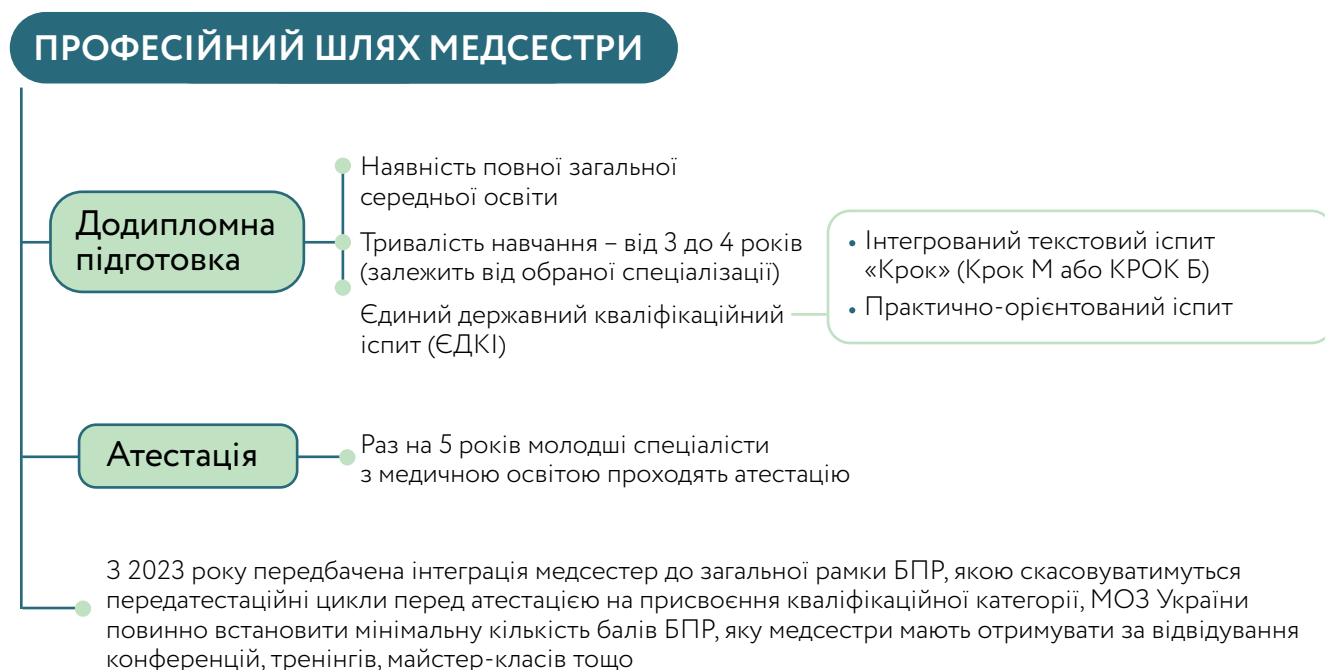
Для спеціальності “223 Медсестринство” теж передбачено навчання на бакалаврському<sup>39</sup> та магістерському<sup>40</sup> рівнях (Рисунок 6). Загалом, тривалість навчання на бакалаврському рівні вищої освіти залежить від обраної спеціальності (сестра медична, фельдшер, акушер, парамедик) і становить від трьох до чотирьох років.

Атестація здобувачів вищої освіти відбувається у формі ЄДКІ, який включає: інтегрований тестовий

іспит “Крок” (Крок М або КРОК Б) та практично-орієнтований іспит. Після успішного складання ЄДКІ здобувачі освіти отримують диплом і мають право здійснювати професійну діяльність за відповідною спеціальністю й працювати в закладах охорони здоров'я. На магістерському рівні тривалість навчання становить два роки. Отриманню диплома передуює публічний захист кваліфікаційної роботи. Після закінчення магістерської програми здобувач освіти отримує диплом<sup>41</sup>.

Раз на п'ять років молодші спеціалісти з медичною освітою проходять атестацію<sup>42</sup> в атестаційних комісіях, які створюються за територіальним і відомчим принципом. Перед атестацією необхідно пройти курси підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною освітою. З 2023 року передбачена інтеграція фахівців спеціальності “223 Медсестринство” до загальної рамки БПР.

### Рисунок 6



39 Наказ МОН №1344 від 05.12.2018 р. «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-medsestrinstvo-bakalavr.pdf>

40 Наказ МОН №589 від 24.06.2022 р. «Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 223 Медсестринство для другого (магістерського) рівня вищої освіти». <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2022/06/27/223-Medsestrynstvo.mahistr-589-24.06.2022.pdf>

41 Наказ МОЗ №117 від 29.03.2002 р. «Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>

42 Наказ МОЗ № 742 від 23.11.2007 р. «Положення про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою». <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z1368-07#Text>



## Професійний шлях спеціалістів з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я

Складніший професійний шлях у спеціалістів з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я. До вказаної категорії входять здобувачі освіти за спеціальностями 224 «Технології медичної діагностики та лікування», 227 «Фізична терапія, ерготерапія», 229 «Громадське здоров'я», які можуть навчатися як на першому (бакалаврському)<sup>43, 44, 45</sup>, так і на другому (магістерському)<sup>46, 47</sup> рівнях вищої освіти.

На першому (бакалаврському) рівні тривалість навчання становить чотири роки. Атестація здобувачів вищої освіти відбувається у формі ЄДКІ, який включає тестовий іспит КРОК Б (224 «Технології медичної діагностики та лікування») або публічний захист кваліфікаційної роботи (229 «Громадське здоров'я»). Після успішного складання іспиту здобувач освіти отримує диплом за відповідною спеціальністю.

На другому (магістерському) рівні обсяг освітньої програми складає від 90 (224 «Технології медичної діагностики та лікування») до 120 (229 «Громадське здоров'я») ЄКТС, що дорівнює тривалості навчання від півтора до двох років.

Атестація здобувачів вищої освіти відбувається у формі ЄДКІ, який складається з:

- інтегрованого іспиту КРОК 2 (224 «Технології медичної діагностики та лікування», 227 «Фізична терапія, ерготерапія», 229 «Громадське здоров'я»);
- практичного (клінічного) іспиту (227 «Фізична терапія, ерготерапія»).

Після успішного складання іспиту здобувач освіти отримує диплом за відповідною спеціальністю.

Кожні п'ять років спеціалісти з вищою немедичною освітою проходять атестацію<sup>48</sup> на підтвердження (присвоєння) кваліфікаційної категорії, яких також є три, за аналогією з іншими спеціальностями: друга, перша та вища.

Особи, які проходять вказану атестацію, повинні також пройти передатестаційний цикл у році, який передує атестації.

Водночас вказана вище група спеціалістів відрізняється від інших лікарських спеціальностей тим, що спеціалісти інших спеціальностей, наприклад, спеціальності «Біологія» галузі знань «Біологія», можуть пройти курси спеціалізації (Клінічна лабораторна діагностика, Лабораторна імунологія тощо) і, отже, працювати у закладах охорони здоров'я. Наприкінці такого курсу спеціалізації слухачі мають пройти атестацію знань та практичних навичок з присвоєння звання «спеціаліст». З 01 вересня 2024 року особи, які попередньо закінчили немедичні спеціальності та бажають стати професіоналами з немедичною освітою у закладах охорони здоров'я, муситимуть здобути вищу освіту другого рівня (магістр) спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування» галузі знань «Охорона здоров'я» з подальшою спеціалізацією<sup>49</sup>.

Спеціалісти з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я все ще не інтегровані у загальну рамку безперервного професійного розвитку, створену МОЗ України у 2018 році (Рисунок 7). Також МОЗ України не оприлюднював своє бачення подальшого розвитку вказаної групи працівників системи охорони здоров'я, що, своєю чергою, негативно впливає на отримання нових знань та вмінь, адже проходження одного передатестаційного циклу протягом п'яти років недостатньо для підтримання знань та навичок, необхідних у сучасних умовах, коли медицина стрімко розвивається.

43 Наказ МОН №1420 від 19.12.2018 р. «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 224 «Технології медичної діагностики та лікування» для першого (бакалаврського) рівня втщої освіти». <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/2022/Standarty.Vyshchoyi.Osvity/Zatverdzeni.Standarty/01/31/224-Tekh.med.diahn.ta.likuv-bak.31.01.22.pdf>

44 Наказ МОН №1419 від 19.12.2018 р. «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти». <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/2022/Standarty.Vyshchoyi.Osvity/Zatverdzeni.Standarty/01/31/227-Fiz.terap.erhoterap-bak.31.01.22.pdf>

45 Наказ МОН №1000 від 04.08.2020 р. «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти». <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2020/08/05/229-Hromad.zdorovya-bakalavr-VO.18.01.pdf>

46 Наказ МОН №884 від 25.06.2019 «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 224 «Технології медичної діагностики та лікування» для другого (магістерського) рівня вищої освіти». <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/06/25/224-tehnologii-medichnoi-diagnostiki-ta-likuvannya-magistr.pdf>

47 Наказ МОН №1383 від 12.12.2018 р. «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти». <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovya-magistr.pdf>

48 Наказ МОЗ № 588 від 12.09.2009 «Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0895-09#Text>

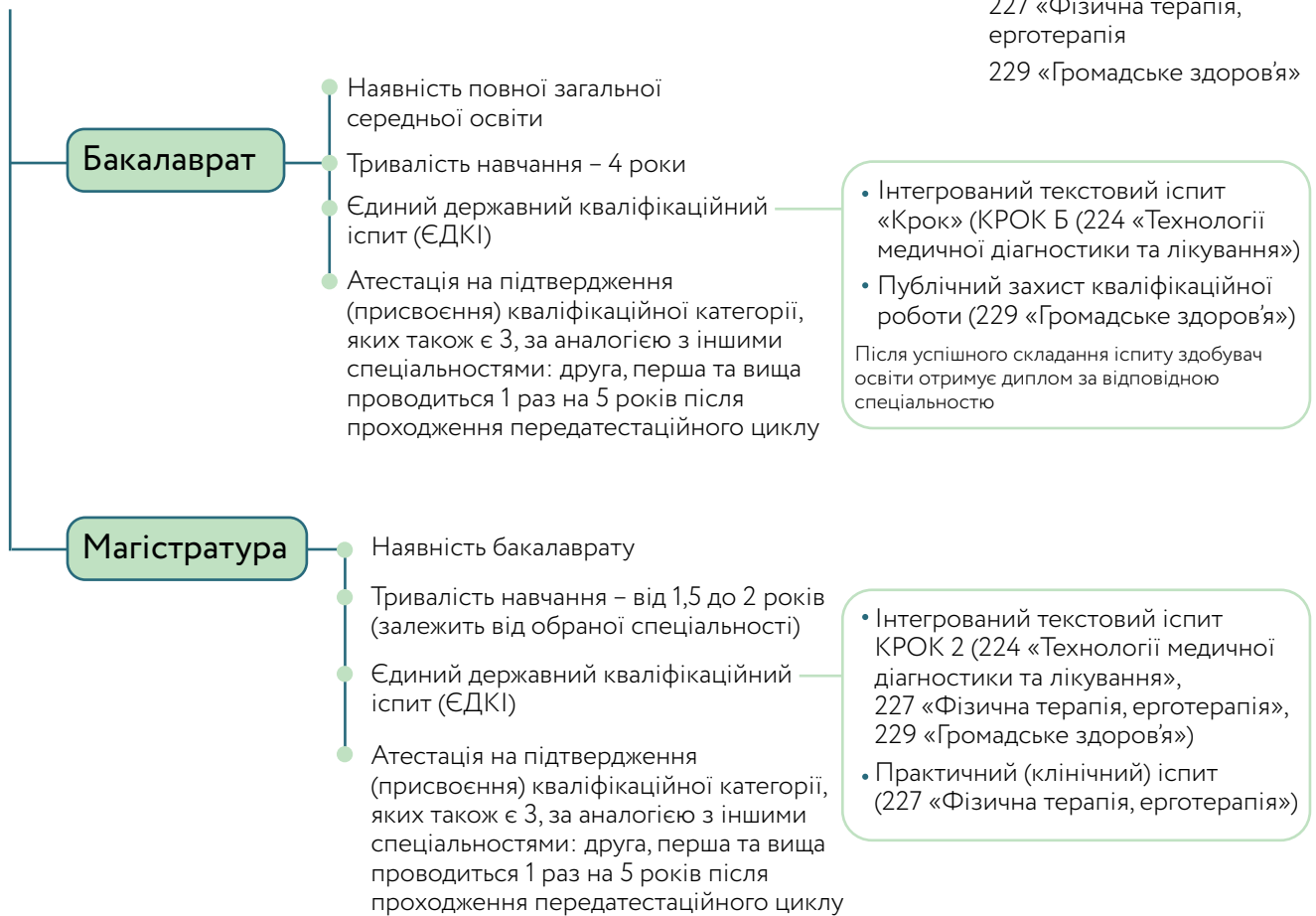
49 Наказ МОЗ № 117 від 29.03.2002 р. «ДОВІДНИК кваліфікаційних характеристик професій працівників. ВИПУСК 78. Охорона здоров'я». <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>

## Рисунок 7

### СПЕЦІАЛІСТИ З ВИЩОЮ НЕМЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### Спеціальності:

- 224 «Технології медичної діагностики та лікування»
- 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
- 229 «Громадське здоров'я»



Професійний шлях усіх спеціалістів, які працюють у сфері охорони здоров'я, закінчується виходом на пенсію відповідного чинного пенсійного законодавства. Водночас велика кількість осіб залишаються працювати і після досягнення ними пенсійного віку через невеликий розмір фінансових виплат.

### Нормативне поле у питанні реєстрів

Станом на сьогодні в Україні існує низка реєстрів у сфері охорони здоров'я, які містять чи мають містити інформацію про різні аспекти даної сфери, зокрема про медичних спеціалістів та медичних працівників. Відповідно розроблено й затверджено нормативно-правові акти, що регулюють особливості функціонування та питання доступу до таких реєстрів.

Так, основною інформаційно-комунікаційною системою, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління

інформацією про охорону здоров'я, є електронна система охорони здоров'я.

Поняття електронної системи охорони здоров'я закріплене в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та визначає, що електронна система охорони здоров'я – інформаційно-комунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі медичною інформацією, через створення, розміщення, оприлюднення та обмін інформацією, даними й документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними й документами через відкритий програмний інтерфейс.

Окремі питання функціонування електронної системи охорони здоров'я закріплено також в

Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Водночас основним документом, що визначає особливості функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, є постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» (далі – постанова 411).

Постанова 411 визначає, що в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я ведуться такі реєстри, які містять (мають містити) інформацію про медичних спеціалістів та медичних працівників:

1. Реєстр медичних спеціалістів містить інформацію про осіб, що здобули освіту в сфері охорони здоров'я: їхній освітньо-кваліфікаційний рівень, спеціальність медичного спеціаліста, інформацію про підвищення кваліфікації спеціаліста та його перепідготовку, дату початку роботи за спеціальністю й періоди, коли спеціаліст не працював за спеціальністю. Це не вичерпний перелік інформації, яка може входити в Реєстр медичних спеціалістів, адже МОЗ надано повноваження визначати додаткові категорії інформації, які мають міститись у даному реєстрі.

Функціонування Реєстру медичних спеціалістів передбачає взаємодію з Реєстром пацієнтів та має містити інформацію про запис про медичного спеціаліста у Реєстрі пацієнтів.

Розпорядником відомостей даного реєстру є НСЗУ, а володільцем – МОЗ.

2. Реєстр медичних працівників охоплює інформацію про професійно підготовлених осіб, які мають право здійснювати медичне обслуговування: містить контактні дані такого працівника, найменування його посади та спеціалізації й інші дані, що можуть бути визначені МОЗ.

Функціонування даного Реєстру передбачає обмін даними із Реєстром медичних спеціалістів та Реєстром суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я. Інформація з Реєстру медичних працівників також важлива для Реєстру договорів про медичне обслуговування населення, Реєстру

медичних записів, записів про направлення й рецептів та Реєстру медичних висновків.

Розпорядником та володільцем відомостей, які містить Реєстр медичних працівників, є НСЗУ.

Центральна база даних – це інформаційно-комунікаційна система, яка охоплює визначені реєстри, програмні модулі, електронну медичну інформаційно-аналітичну систему з оптимізації роботи оперативного-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, інформаційну систему НСЗУ в частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, а також забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами.

Кожен із зазначених реєстрів у розумінні законодавства має свою функцію та покликаний на збір та зберігання окремого виду (типу) інформації. При цьому кожен реєстр є самостійною одиницею, що передбачає врегулювання у нормативно-правовому полі особливостей його ведення. Водночас станом на сьогодні такі документи не затверджені для Реєстру медичних спеціалістів та Реєстру медичних працівників. Зазначене дає підстави зробити висновок, що **попри законодавче закріплення таких реєстрів, на практиці вони не впроваджені.**

Також варто зазначити, що постанова 411 передбачає функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я для сумісності та електронної взаємодії центральної бази даних з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами, зокрема з Єдиною державною електронною базою з питань освіти. Однак ця норма, попри закріплення у постановній частині постанови 411 вимоги щодо організації обміну інформацією між електронною системою охорони здоров'я та Єдиною державною електронною базою з питань освіти до запровадження електронної взаємодії, не працює.

Отже, на рівні законодавства вже закладено підґрунтя для створення реєстру медичних

спеціалістів та медичних працівників, а сам факт створення такого реєстру не є чимось концептуально новим у розуміння законодавства для України.

Створення реєстру ЛРОЗ потребуватиме, зокрема, змін до чинних нормативно-правових актів, а також врегулювання окремих питань роботи реєстру ЛРОЗ за допомогою розроблення та прийняття нових нормативно-правових актів.

У разі, якщо реєстр ЛРОЗ стане частиною електронної системи охорони здоров'я, попередньо можна зазначити, що необхідними будуть такі нормативно-правові врегулювання:

- зміни до постанови № 411;
- зміни до наказів МОЗ, які регулюють порядки ведення реєстрів, що є складовою електронної системи охорони здоров'я – у частині обміну інформації між реєстрами;
- розроблення та затвердження порядку ведення реєстру ЛРОЗ наказом МОЗ;
- внесення змін до нормативно-правових актів, які регулюють питання роботи інших систем (реєстрів), що будуть співпрацювати із реєстром ЛРОЗ.

Якщо ж реєстр ЛРОЗ існуватиме поза електронною системою охорони здоров'я, попередньо можна зазначити, що необхідними будуть такі нормативно-правові врегулювання:

- передбачення реєстру ЛРОЗ на рівні закону України, що регулюватиме створення професійного самоврядування, якщо реєстр передбачатиметься в рамках створення професійного самоврядування;
- розроблення та затвердження порядку ведення реєстру ЛРОЗ наказом МОЗ, якщо реєстр передбачатиметься в рамках створення професійного самоврядування, а його володільцем буде МОЗ;
- розроблення та затвердження положення про реєстр ЛРОЗ постановою Кабінету Міністрів України, якщо реєстр ЛРОЗ буде створено як самостійну систему;
- внесення змін до інших нормативно-правових актів, які регулюють питання, що співвідносяться з роботою реєстру ЛРОЗ.

Зазначений перелік нормативно-правових змін не є вичерпним і може змінюватись під час розроблення та дизайну реєстру ЛРОЗ.

## Інші важливі політики та фактори

Серед важливих політик і факторів, які необхідно врахувати в процесі концептуалізації, розроблення та впровадження реєстру людських ресурсів в охороні здоров'я (реєстру ЛРОЗ), необхідно виокремити такі:

1. Розвиток політики професійного/індивідуального ліцензування.
2. Розвиток професійного самоврядування в Україні.
3. Особливості додипломної освіти та пов'язаних процесів.
4. Незавершена реалізація політики інтернатури та отримання (й подальша верифікація) сертифіката лікаря-спеціаліста.
5. Процеси реалізації політики безперервного професійного розвитку (БПР) та пов'язаних ІТ-рішень/реєстрів.
6. Наявні ІТ-рішення на рівні держави, насамперед Дія, ЕСОЗ, ЄДЕБО; а також перспективи повноцінної реалізації закону "Про публічні електронні реєстри".
7. Фінансування реєстру ЛРОЗ для його належного розвитку та адміністрування.
8. Необхідність запобіжників від зловживань даними та процесами, пов'язаними із реєстром ЛРОЗ.

Окрему увагу хочемо звернути на питання професійного ліцензування та професійного самоврядування: їхні передумови та взаємозв'язок із реєстром ЛРОЗ.

## Професійне ліцензування та професійне самоврядування: передумови

Наявна на сьогодні система ведення медичної практики **не забезпечує достатньої свободи лікарів та інших медичних спеціалістів**: у 2017 році на першому місці корупції в медицині були факти отримання неправомірної вигоди за надання робочого місця в комунальному або державному закладі охорони здоров'я;

отримавши робоче місце в комунальному або державному закладі охорони здоров'я «за гроші», лікар ставав заручником ситуації, щоб не втратити це місце, а також того, що за кар'єрне зростання теж потрібно платити. Водночас така система **не дає гарантії безпеки пацієнтам** (при цьому довіра до медичних працівників є основним критерієм вибору лікаря).

Недосконалість законодавства, що регулює медичні професії, відсутність ефективного механізму виведення некомпетентного персоналу з ринку медичних послуг, відсутність незалежного органу, який може оцінити питання компетентності лікаря, – всі ці фактори призводять до залежності лікаря від адміністрації закладу охорони здоров'я та низького рівня відповідальності медичної системи за завдану пацієнту шкоду. Так, наприклад, лікарю, який отримав певну кваліфікаційну категорію та періодично її підтверджує, не можна заборонити займатися лікарською діяльністю за спеціальністю (крім як на підставі обвинувального вироку суду з позбавленням права займатися лікарською діяльністю або обіймати посади в закладах охорони здоров'я). Отже, отримання або підтвердження кваліфікаційної категорії є фактично «знаком якості», який не дозволяє без рішення суду відсторонити лікаря від лікарської діяльності. Пониження кваліфікаційної категорії не дозволяє лікареві обіймати вищі посади в закладах охорони здоров'я, але не зупиняє лікарську практику, навіть коли було виявлено низький рівень володіння навичками надання медичної допомоги, що може призвести до погіршення стану хворого або його смерті.

Станом на сьогодні в Україні **немає відкритого доступу до інформації про лікарів, яким було підвищено, підтверджено або понижено категорію**. Також немає даних про те, чи були застосовані дисциплінарні стягнення до лікарів, які вчинили порушення, чи пройдена рекомендована в результаті позачергова атестація; чи було результатом застосування стягнень звільнення лікаря, або, чи продовжує він працювати в іншому закладі охорони здоров'я. Отже, чинна система на практиці має недоліки, зокрема і щодо неможливості для пацієнта ініціювати проходження лікарем перевірки, коли йому були надані неякісні медичні послуги.

Окрім того, механізм клініко-експертного оцінювання не є достатнім способом реагування на порушення, пов'язані з якістю медичної допомоги; він не гарантує припинення практики некомпетентним лікарем; водночас – через непрозорість він може бути механізмом «покарання» лікарів. Застосування роботодавцями внутрішніх положень про дисциплінарну відповідальність призводить до застосування різних підходів щодо притягнення до відповідальності лікарів у різних закладах охорони здоров'я. Так, за одне й те ж порушення трудових обов'язків лікарі можуть нести різну відповідальність, залежно від закладу, у якому вони працюють.

Система атестації не є і не може стати ефективним механізмом підтвердження компетенції лікаря. Точкові зміни не є передумовою кардинальних перетворень цієї системи, що ґрунтується на домовленостях, залежно від рішень головного лікаря та від лояльності місцевих чиновників управлінь охорони здоров'я.

Змінити систему може **запровадження професійного ліцензування**. Новий алгоритм доступу до професії лікаря передбачатиме не лише отримання ліцензії після закінчення навчання, а й зміни в медичній освіті як такої, а також безперервний професійний розвиток лікаря, який отримав ліцензію. Інституцією, що забезпечуватиме нову систему, повинні стати органи професійного самоврядування. **Реєстр ЛРОЗ стане тим інструментом, який, серед іншого, забезпечить функціонування нової системи.**

Даний документ пропонує бачення, як ці політики та фактори можуть бути враховані в концепції реєстру ЛРОЗ та які опції рішень можуть бути. Детальніший опис подано в наступному розділі. Бачення та опції рішень спираються на описану нижче принципову позицію, аналіз міжнародного досвіду та знання контексту України. Варіативність частини рішень переважно пов'язана з незавершеністю політичного циклу по окремих політиках. Водночас будь-які визначальні рішення мають бути кінцево акцептовані стейкхолдерами на рівні Уряду.



# Реєстр людських ресурсів в охороні здоров'я в Україні: засадничі принципи/позиції

## Політики, що є важливими передумовами впровадження реєстру ЛРОЗ

Запровадження політики професійного ліцензування забезпечить медичному працівнику:

- 1) можливість вільно працевлаштовуватись та практикувати без прив'язки до закладів охорони здоров'я;
- 2) визнання його професіоналізму незалежно від стажу роботи;
- 3) підвищення професійного рівня через забезпечення постійного навчання; впровадження залежності права практикувати від результатів їхнього проходження безперервного професійного розвитку;
- 4) посилення відповідальності через створення механізму виведення некомпетентних працівників з професії незалежним органом.

Запровадження нової моделі допуску до професії забезпечить для стейкхолдерів:

- 1) для працівників:
  - незалежність від керівництва закладів охорони здоров'я та впливу місцевих чиновників у питаннях оцінювання та напряму свого професійного розвитку;
  - економію часу, зусиль і коштів (електронне подання документів на отримання професійної ліцензії (далі — ліцензія) та автоматичне її продовження за умови дотримання встановлених вимог);
  - прозору систему зарахування балів безперервного професійного розвитку для продовження професійної ліцензії;
  - зростання доходів завдяки новому принципу фінансування системи охорони здоров'я «гроші йдуть за пацієнтом» — пацієнти будуть звертатися до медика, який насправді стежить за своїм професійним

розвитком, а не просто має формальний стаж (і відповідну кваліфікаційну категорію);

- зростання довіри та поваги до медиків, а також престижності медичної професії;

2) для пацієнтів:

- можливість отримати безкоштовний електронний доступ до інформації про реальний стан професійної кваліфікації працівника, зокрема, про дію ліцензії, наявність дисциплінарних проваджень, випадки зупинення ліцензії тощо — прийняття обґрунтованого рішення, чи звертатися до конкретного спеціаліста;
- зростання якості медичної допомоги та зниження ризику завдання шкоди життю та здоров'ю пацієнтів завдяки виведенню з ринку медичних послуг некомпетентних працівників;

3) для органів професійного самоврядування:

- вплив на кадрові політики в охороні здоров'я;
- набуття суб'єктності медичних професій;

4) для держави:

- підвищення якості медичної допомоги населенню;
- отримання достовірних даних про працівників системи охорони здоров'я, зокрема, за допомогою видачі і відстеження дії ліцензій;
- можливість виведення із системи охорони здоров'я некомпетентних кадрів, які ставлять під загрозу життя та здоров'я пацієнтів;
- підвищення якості прогнозування і планування забезпечення країни медичними кадрами;

- суттєву економію та раціональне використання бюджетних коштів – непотрібність утримування неефективної системи атестації з «екосистемою» добровільно-примусових поїздок на передатестаційні цикли.

Одним із додаткових завдань реформи є законодавче унормування можливості для здійснення медичної практики в Україні медикам, які отримали відповідну ліцензію за кордоном, без проходження складних бюрократичних процедур для її визнання. При цьому, до країн, де існують високі стандарти для її отримання (країни ЄС, США, Канада, Японія та Ізраїль), можуть бути застосовані спрощені процедури. Так, іноземним лікарям не доведеться проводити операції під виглядом «майстер-класів», за результат яких відповідальність понесе український лікар.

## Значення реєстру ЛРОЗ

Людські ресурси є найціннішим ресурсом в системі охорони здоров'я, який чи не найбільше сприяє досягненню цілей системи, зокрема кращого здоров'я населення. Відповідно, формуючи концептуальну рамку для створення реєстру людських ресурсів в охороні здоров'я (реєстру ЛРОЗ) в Україні, ми виходимо з принципової позиції, що такий реєстр не є інструментом тоталітарного обліку та контролю, підпорядкованим "жорсткій вертикалі влади". У сучасній Україні, орієнтованій на демократичні принципи, реєстр ЛРОЗ є інструментом для розвитку людського капіталу в охороні здоров'я, який, з одного боку, допомагає реалізовувати політики, пов'язані з людським капіталом, з іншого – надає оперативну, повну та надійну інформацію для розроблення та втілення нових політик. Такий підхід передбачає також високу суб'єктність працівників системи охорони здоров'я, їхню професійну свободу на провадження практики та права самоврядування.

Виходячи з цього, ми формуємо концептуальну рамку реєстру ЛРОЗ як інструмента, що виконує суспільно важливі функції, що впливає, скажімо, й на рішення щодо обсягу інформації в реєстрі та пов'язаних процедур.

## Роль і функціонал реєстру ЛРОЗ

### Первинна роль реєстру:

Ідентифікація і валідація статусу працівника (його освіти, спеціальності, права на практику/доступу до професії, професійного досвіду тощо). Реєстр є первинним і надійним джерелом даних, до якого звертаються для отримання інформації та прийняття рішення. Так, наявність працівника в реєстрі є свідченням його доступу до професії/права на практику (що може бути потенційним, активним, анульованим тощо). Можливість мати доступ до даних, акумульованих в одному місці, значно знижує корупційні ризики та запобігає зловживанням. Реєстр може бути використаний наприклад, але не виключно:

- **МОЗ і його структурами (як-от ЦГЗ):** для отримання даних про людські ресурси в охороні здоров'я в процесі розроблення політик, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я;
- **працівником/самоврядною організацією:** допуск до професії (як одна з найважливіших функцій), акумулювання даних про професійний шлях (мінімізація "ручного управління" та корупційних ризиків);
- **НСЗУ:** для валідації даних про кадровий склад (кількість працівників, їх спеціалізацію) надавача медичних послуг при контрахтуванні;
- **пацієнтом:** в момент прийняття рішення про обрання лікаря/закладу охорони здоров'я для отримання медичних послуг;
- **ЗВО:** для внесення даних про додипломну, післядипломну освіту та БПР;
- **роботодавцем:** під час прийняття на роботу (для перевірки даних про освіту та попередній досвід).

### Цінність реєстру ЛРОЗ для медичної спільноти

Виходячи з принципової позиції, що реєстр ЛРОЗ не є обліковою системою, а є інструментом для розвитку людських ресурсів, важливо наголосити



на цінності реєстру для медиків. Така цінність має бути проявлена насамперед у реалізації первинної ролі реєстру ЛРОЗ, зокрема процедурі допуску до професії (надання права на практику). Отримавши таке право, працівник є вільним у реалізації своїх професійних компетенцій та амбіцій, у виборі форми професійної діяльності/працевлаштування, але водночас відповідальним за можливі професійні проступки. Це право є визначальною сутністю для реєстру ЛРОЗ, на яку надалі “наизуватимуться” інші “ідентифікатори” працівника: його досвід роботи, БПР тощо.

Вочевидь, цінність реєстру ЛРОЗ може бути повноцінно проявлена лише за певних умов:

- запровадження професійного самоврядування, що наділить медичну спільноту відповідними правами та обов'язками;
- запровадження ліцензування, що передбачатиме не лише процедуру видачі ліцензії, а й її зупинки, анулювання тощо;
- розширення можливостей щодо форм професійної діяльності медичних працівників (найманий працівник, ФОП, робота за договором ЦПХ, індивідуальна професійна практика).

### Інші ролі реєстру ЛРОЗ:

1. Evidence based інструмент, який використовують для прийняття рішення, пов'язаних із плануванням відповіді системи охорони здоров'я на потреби в послугах: інформація про те, скільки, яких і де працівників (фізичних осіб, не ставок).
2. Управління якістю послуг через підтримку та розвиток людського капіталу: аналіз реального навантаження й можливості кар'єрного розвитку, потреба та прогрес БПР, аналітика по професійних проступках (дисциплінарні стягнення, порушення етики тощо) і подальших рішеннях тощо.
3. Інструмент комунікації між працівниками та іншими стейкхолдерами, наприклад, для передання важливих повідомлень під час кризової ситуації, організації протиепідемічних заходів, оперативного повідомлення про ті чи інші ризики тощо.

**Важливо:** наступний розділ описує наповнення реєстру ЛЗ з перспективи майбутнього. Водночас ми розуміємо, що одночасна реалізація всього описаного функціоналу не є можливою та доцільною. Намагання “зробити все й одразу” є ментальною пасткою, що призведе до занадто тривалої та громіздкої реалізації, яка на момент її завершення може не відповідати цілям і потребам системи охорони здоров'я, яка динамічно розвивається. Відповідно ми рекомендуємо розвивати функціонал реєстру поетапно, починаючи з найбільш нагальних потреб і таких рішень, що сприятимуть розвитку людських ресурсів. Рішення щодо наступних етапів розроблення потрібно буде приймати залежно від актуальних потреб. Наразі ми наголошуємо, що на першому етапі розроблення й упровадження реєстру ЛРОЗ не є інструментом для додипломної підготовки працівників, оскільки відповідний функціонал потребує додаткового аналізу та доопрацювання (див. нижче). Такий функціонал, пов'язаний із додипломною підготовкою, може бути розроблений та інтегрований до реєстру ЛРОЗ на наступному етапі, після реалізації основного функціоналу.

## Наповнення реєстру ЛРОЗ

### Етапи професійного шляху працівників, на яких вони потрапляють у реєстр ЛРОЗ

#### 1) вступ до закладу освіти

Реєстр ЛРОЗ розпочинає наповнюватися з моменту вступу здобувача вищої освіти до закладу освіти (медичного університету, коледжу, медичного факультету закладу вищої освіти) (далі – ЗВО). Такий студент(-ка) є перспективним працівником сфери охорони здоров'я. Це дасть можливість основним стейкхолдерам – Міністерству охорони здоров'я України, НСЗУ та представникам медичного самоврядування – планувати кадрову потребу на найближчі 10-20 років, враховуючи значну тривалість до- та післядипломного навчання для лікарів та стоматологів. Цьому процесові також допомагатиме наявність інформації про вікову структуру працівників системи охорони здоров'я.

Основні переваги даних на вказаному етапі:

- розуміння сучасного стану додипломної підготовки лікарів, що дасть змогу ефективно планувати державне замовлення;
- відстежування основних тенденцій на ринку освітніх послуг (аналіз вступної кампанії і вчасне реагування на виклики, які виникають в процесі).

## 2) атестація здобувачів освіти

Контроль якості навчання майбутнього працівника сфери охорони здоров'я у закладі вищої освіти здійснюється переважно у вигляді єдиного державного кваліфікаційного іспиту, який, для різних спеціальностей містить тестовий іспит – КРОК, а також іспит з англійської мови, міжнародний іспит з основ медицини (тимчасово не проводиться), об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит (проводить ЗВО). Чинними нормативно правовими документами передбачено функціонування Реєстру сертифікатів фахівців з вищою освітою галузі знань "22 Охорона здоров'я", власником якого є держава в особі МОЗ. Адміністратором зазначеного Реєстру є Центр тестування при МОЗ<sup>50</sup>. Водночас станом на сьогодні вказаний реєстр не створений. Уже створений та функціонує реєстр сертифікатів КРОК на базі Центру тестування МОЗ України. Тож подальше створення правової основи для забезпечення функціонування таких реєстрів є необхідним з погляду важливості постійного аналізу якості навчального процесу у закладі вищої освіти, що є критично необхідним для підготовки майбутніх працівників системи охорони здоров'я.

Основні переваги даних на вказаному етапі:

- оперативне оцінювання необхідності оновлення освітніх програм у співпраці із ЗВО;
- оцінювання якості підготовки здобувачів вищої освіти в різних університетах;
- оцінювання ефективності встановлених критеріїв для вступу на спеціальності галузі знань 22 Охорона здоров'я (мінімальний бал ЗНО, середній бал атестата тощо).

## 3) отримання документа про освіту

Додипломна підготовка закінчується отриманням диплома про освіту (вищу, фахову передвищу). Наявність інформації з ЄДЕБО та Реєстру сертифікатів фахівців про отримання диплома та результати складання єдиного державного кваліфікаційного іспиту дасть можливість:

- мати повну картину щодо кількості та якості підготовки випускників закладів вищої медичної освіти;
- оцінити, скільки випускників не розпочали навчання в інтернатурі (лікарські та фармацевтичні спеціальності) та, у разі надзвичайних ситуацій, мобілізувати таких осіб для роботи в закладах охорони здоров'я.

Для певних категорій працівників (за спеціальністю "Медсестринство" та з вищою немедичною освітою) отримання диплома є фактичним доступом до практики/професії, після чого вони можуть розпочинати професійну діяльність.

## 4) отримання доступу до медичної практики

Як ми зазначали вище, в описі професійних шляхів, наразі доступ до практики/професії лікарі та провізори отримують після завершення інтернатури, що є різновидом/прототипом індивідуального ліцензування. Цей етап є специфічним для таких категорій працівників, як лікарі, лікарі-стоматологи та фармацевти. Налагодження поточної процедури та її подальша заміна/доповнення індивідуальним ліцензуванням є критично важливим для реалізації первинної ролі реєстру ЛРОЗ. Тому ми описуємо поточну ситуацію, необхідні зміни та передумови для запуску реєстру, надаємо рекомендації для подальшого розвитку.

Наразі після закінчення інтернатури лікар або провізор отримує сертифікат, що його видає ЗВО, на базі якого відбувається підготовка в інтернатурі. Цей сертифікат дає можливість здійснювати професійну діяльність. Чинними нормативно-правовими актами не передбачено

50 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/334-2018-%D0%BF#Text>

створення реєстру таких сертифікатів. **ЗВО самостійно ведуть свої записи щодо виданих сертифікатів та їх номерів**, так само, як і структурні підрозділи з питань охорони здоров'я або державні служби з лікарських засобів, які щоп'ять років проводять атестацію на підтвердження/присвоєння звання "лікар/провізор-спеціаліст". Тобто, **наразі жоден зі стейкхолдерів не має достовірної інформації про кількість медичних працівників** (абсолютну, у розрізі спеціальностей та географічного розподілу), які **отримали право займатися професійною діяльністю**.

Відповідно чинну систему допуску до професії не можна вважати такою, що надає стейкхолдерам надійні й оперативні дані та визначає відповідальність тих, хто вносить дані. Водночас це надзвичайно важливий інструмент, подальша інтеграція якого до реєстру ЛРОЗ забезпечить МОЗ України та інших стейкхолдерів актуальною, прозорою та доступною інформацією про кількість медичних працівників різних спеціальностей, їхній географічний розподіл і допоможе в подальшому приймати рішення на основі даних щодо розподілу в інтернатуру майбутніх випускників закладів вищої медичної освіти.

Ми наголошуємо, що до запровадження професійного ліцензування процедура видачі сертифікатів та внесення відповідних записів має бути вдосконалена як критично важлива передумова запуску реєстру ЛРОЗ. Це може бути реалізовано як окремий реєстр таких сертифікатів, з якого реєстр ЛРОЗ братиме відповідні дані, або ж як частина реєстру ЛРОЗ. Внесення даних відповідальними особами/організаціями повинно передбачати також відповідальність за несвоєчасне чи некоректне внесення даних, оскільки доступ до практики є визначальною "сутністю" в реєстрі ЛРОЗ.

Враховуючи майбутні зміни (наприклад, запровадження ліцензування), відповідне поле в реєстрі ЛРОЗ не має бути жорстко прив'язане до сертифіката, як такого, а радше мати загальнішу назву, як-от: **"Документ, що підтверджує право на практику / доступ до професії** (назва, номер)". Крім того, мають бути передбачені опції щодо актуальності допуску/права на практику, зокрема:

- активний/дійсний/чинний;
- призупинений/тимчасово припинений;
- неактивний (наприклад, якщо після завершення навчання працівник не пішов у професію);
- анульований (наприклад, у разі значних професійних помилок або інших порушень).

Рішення щодо актуальності допуску/права на практику має приймати структура/орган, який його надає. Вочевидь, у перспективі це не можуть бути ЗВО, оскільки вони не мають повноважень на призупинення чи ануляцію допуску/права. І це актуалізує потребу впровадження політики професійного ліцензування.

### Спеціалісти, дані про яких містить реєстр ЛРОЗ

Пам'ятаючи про принцип суспільної важливості та виходячи з окреслених вище ролей реєстру й особливостей професійного шляху, реєстр ЛРОЗ має містити дані про працівників, які:

- а) безпосередньо надають медичні послуги або залучені в їх надання (або потенційно можуть їх надавати з огляду на відповідну освіту);
- б) потребують особливого допуску до професії.

Ці дві позиції формують ключове розуміння сутності працівника реєстрі ЛРОЗ – це є люди, що мають суспільно важливу професію та право вільної професійної практики. З огляду на це, у реєстрі ЛРОЗ мають бути працівники, які отримують такі дипломи й допуск до практики (і чий професійний шлях описано вище):

- лікарі всіх спеціальностей, включно з тими, хто отримав спеціалізацію з "організації та управління охороною здоров'я", а також надалі обрав професійний шлях управлінця в охороні здоров'я чи науково-педагогічного працівника;
- лікарі-стоматологи;
- медсестри та інші працівники за спеціальністю "Медсестринство";
- працівники з вищою немедичною освітою (фізичні та ерготерапевти, фахівці громадського здоров'я, лаборанти та ін.);

- працівники, які закінчили заклад фахової передвищої чи вищої освіти першого рівня (медичні коледжі) за медичними спеціальностями;
- фармацевти.

З огляду на запит МОЗ, який полягає в необхідності використання реєстру ЛРОЗ у процесі відновлення мережі закладів і подальшому плануванні надання послуг (із врахуванням потреб населення), відображення професійного шляху в реєстрі має розпочинатися не пізніше, ніж з моменту отримання диплома. Розуміння того, скільки спеціалістів із дипломом не пішли в практику, допоможе не лише виявляти можливі проблеми в медичній освіті та системі охорони здоров'я, а й мати інформацію про резерв спеціалістів, до яких держава може звернутися в разі тих чи інших криз (епідемія, війна тощо). Водночас на подальших етапах реалізації функціоналу реєстру ЛРОЗ ми радимо розширити його до моменту вступу до ЗВО, як описано вище.

У реєстрі як окремі спеціальності/професії НЕ мають бути:

- 1) управлінці, окрім тих, які мають першопочаткову освіту в охороні здоров'я;
- 2) спеціалісти, які забезпечують підтримку функціонування закладів: бухгалтери, кадровики, адміністративні спеціалісти тощо.

Основна аргументація, чому управлінці та інші спеціалісти як окремі сутності не мають бути в реєстрі ЛРОЗ:

- ключовий аргумент полягає у відсутності політичної доцільності та суспільної важливості, зокрема: управлінці не потребують особливого допуску в професію; інформація про управлінців не є критично/суспільно важливою для прийняття рішень про надання послуг і планування розвитку системи охорони здоров'я; до управлінців наразі немає вимог щодо БПР;
- внесення ОКРЕМО управлінців і подібних спеціальностей суттєво змінює логіку наповнення реєстру ЛРОЗ, яка ґрунтується на внесенні особи від моменту отримання

диплома та доступу до практики (або – на наступному етапі розвитку реєстра – від моменту вступу до ЗВО) відповідно до передбаченого професійного шляху. Такий підхід є обґрунтованим для працівників, які надають медичні послуги, але не є доцільним для управлінців, професійний шлях яких є значно більш варіативним і менш урегульованим;

- управління є радше функцією та позицією/ посадою, додатковим “ідентифікатором”, аніж спеціальністю чи професією (за своєю суттю), а логіка наповнення реєстру ЛРОЗ значною мірою побудована на специфічній галузі знань і особливому допуску в професію (як ключовій “сутності”);
- на даний момент управлінцями в закладах на посадах генеральних директорів і медичних директорів є переважно люди з медичною освітою, що означає, що вони автоматично є в реєстрі ЛРОЗ (із вказанням зайнятої посади);
- досвід інших країн, зокрема Великобританії, підтверджує відсутність нагальної потреби акумулювати окремо дані про управлінців як окрему сутність у реєстрі ЛРОЗ;
- розмитість меж управлінської функції постійно провокуватиме питання: яких саме управлінців вносити? Лише генеральних директорів? Також і медичних директорів? Фінансових директорів? Ці питання потребуватимуть далі відповіді, які саме спеціальності (за галуззю знань) вносити в реєстр, щоби туди потрапили всі ці управлінські позиції.

Зважаючи на наведені аргументи, радимо (принаймні на першому етапі розроблення та впровадження реєстру ЛРОЗ) не включати до реєстру окремо “управлінських” спеціальностей. Тоді як особи, які отримали диплом про вищу медичну освіту, закінчили інтернатуру та пройшли курс спеціалізації “Організація та управління охороною здоров'я” або ж працюють у закладі вищої освіти і відповідно є науково-педагогічними працівниками, вже будуть в такому реєстрі на його початкових етапах створення, і стейкхолдери, які приймають рішення щодо кадрових політик у сфері охорони здоров'я, зможуть бачити цю статистику у своїй вибірці.

## Наповнення реєстру: мінімальний набір даних

Для розроблення реєстру, який, з одного боку, буде здатний виконувати вищезазначені

завдання для сфери охорони здоров'я, а з іншого – інтегруватися з іншими функціонально важливими сферами і відповідними реєстрами (освіта, юстиція), рекомендується включити мінімальний набір даних<sup>51</sup> (див. табл.).

№	Набір даних	Елементи	Примітка/контекст для України
1	Ідентифікаційний номер	Унікальний ідентифікаційний номер, який присвоюється особі при внесенні в реєстр ЛРОЗ та зберігається за нею протягом усієї професійної кар'єри	
2	Ім'я	Прізвище, ім'я, по батькові особи	<i>Потенційна інтеграція з єдиним державним демографічним реєстром</i>
3	Дата народження		<i>Додатково можна зазначити: стаття, фотографія</i>
4	Громадянство	Країна громадянства, підстава перебування в Україні (якщо громадянство інше, ніж Україна)	<i>Зважаючи на потребу в людських ресурсах для післявоєнного відновлення та міграцію, спричинену війною, потенційною політикою може бути залучення кадрів з інших країн</i>
5	Адреса	Адреса реєстрації, адреса проживання	<i>Потенційна інтеграція з єдиним державним демографічним реєстром Додатково можна зазначити: адреса ведення медичної практики (для ФОП)</i>
6	Контактна інформація	Номер телефону, адреса електронної пошти, екстрений контакт	
7	Освіта	<ul style="list-style-type: none"> <li>● диплом про вищу (фахову передвищу) освіту (серія, номер, дата видачі);</li> <li>● сертифікат лікаря-спеціаліста (спеціальність, дата видачі, дійсний до...);</li> <li>● документи про БПР (вид документа, провайдер освітньої послуги, вид заходу, дата видачі);</li> </ul> <p><i>* набір цих даних може варіюватися для осіб, які отримали медичну освіту за кордоном і отримали доступ до практики в Україні</i></p>	<p><i>Потрібна інтеграція з ЄДЕБО</i></p> <p><b><i>Потрібна вдосконалена процедура!!!</i></b></p> <p><i>Потрібна інтеграція з реєстром Центру тестування</i></p>

<sup>51</sup> World Health Organization. (2015). Human resources for health information system: minimum data set for health workforce registry. World Health Organization.



№	Набір даних	Елементи	Примітка/контекст для України
8	Право на практику / Доступ до професії	Дані про ліцензію чи інший документ, який дає право на професійну діяльність	
9	Професійна діяльність	<ul style="list-style-type: none"> <li>● трудові відносини (основне місце роботи/місце роботи за сумісництвом, посада (назва закладу/установи, адреса);</li> <li>● підприємницька діяльність з медичної практики (ліцензія на господарську діяльність, адреса провадження діяльності);</li> <li>● дані про самозайняту діяльність, роботу за цивільно-правовими договорами тощо</li> </ul>	<i>Додатково: може бути корисною інформація про відсутність місця роботи/ тимчасове безробіття особи для розуміння обсягу вивільнених кадрів</i>

Мінімальний набір даних має бути закріплений відповідним нормативно-правовим актом, що може потребувати оновлення чинних НПА, а також враховувати численні зміни у підходах до навчання осіб, які здійснюють медичну практику, що, в свою чергу, мало вплив на їхні документи про здобуту освіту. Зокрема, ПКМУ №411 може потребувати змін щодо набору даних, якщо реєстр ЛРОЗ буде частиною ЕСОЗ або дублюватиме ті дані, які вносяться в ЕСОЗ (детальніше вище, у "Нормативному полі").

Окрім мінімального набору даних про працівника, реєстр повинен містити **ряд функцій**, що забезпечуватимуть його актуальність та якість даних:

- функція визначення поточної зайнятості конкретного спеціаліста з можливістю агрегації даних щодо спеціальності/ регіону;

**"активний"** означає, що даний спеціаліст має чинний документ про допуск до професійної діяльності, працює в закладі охорони здоров'я як ФОП або займається професійною діяльністю в іншій формі, незабороненій законом (система охорони здоров'я може "розраховувати" на нього);

**"призупинено"** означає, що спеціаліст має документ про допуск до професійної

діяльності, але тимчасово не веде практику через одну з причин:

- уповноважений орган (зокрема орган професійного самоврядування) призупинив дію документа через порушення, притягнення до дисциплінарної відповідальності тощо;
- спеціаліст наразі не займається медичною практикою (звільнений, припинив підприємницьку діяльність тощо), але в разі потреби (пандемія, війна) система може залучити його до надання медичної допомоги;

**"неактивний"** ("анульовано") означає, що допуск до професії припинено (документ про допуск до практики анульовано або, наприклад, його дію не поновлено через невиконання вимог до проходження БПР).

Дана функція повинна відображати статус поточної зайнятості за всіма спеціальностями, наявними в медичного працівника ;

- функція фіксації дати внесення й особи, яка внесла такі дані, для забезпечення транспарентності діяльності реєстру ЛРОЗ;



- функція редагування/видалення даних (з фіксацією дати внесення й особи, яка здійснила редагування); так, інформація про професійні проступки може бути видалена в разі відкриття (анулювання) відповідного порушення;
- обмежена функція ручного введення даних (наприклад, для внесення інформації про диплом, виданий іноземною державою).

## Принципи наповнення та взаємодії з іншими реєстрами

Додатково до нормативно визначених принципів взаємодії, описаних вище, це розділ підсумовує такі принципи:

1. Мінімізація ручного та/або повторного внесення даних. Усі дані, які можуть бути отримані з інших державних реєстрів (як-от ЄДР або ЄДЕБО), мають "підтягуватися" з відповідних реєстрів. Інтероперабельність даних (при отриманні їх у/з реєстр(-у) ЛРОЗ) є визначальним принципом.
2. Інтероперабельність — забезпечення майбутньої взаємодії реєстру ЛРОЗ з іншими реєстрами.
3. З огляду на суспільну значущість реєстру ЛРОЗ отримання даних з інших державних реєстрів для потреб реєстру ЛРОЗ має відбуватися на безоплатній основі. Рішення про таку безоплатність може потребувати відповідних змін у НПА.
4. Користувачі реєстру ЛРОЗ мають вносити лише ті дані, що є оригінальними/первинними та не можуть бути отримані з інших державних реєстрів.
5. Внесення нових даних користувачами потребує фіксації дати внесення та особи, яка внесла такі дані.
6. Внесення оригінальних/первинних даних має бути нормативно визначеним обов'язком з відповідними наслідками за порушення. Це необхідно для отримання максимально оперативних і валідних/надійних даних, які не

потребуватимуть прицільної додаткової верифікації. Прикладами визначення такої відповідальності (переважно — дисциплінарної) є Єдиний державний реєстр юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань, Державний земельний кадастр.

Запровадження реєстру ЛРОЗ у пропонуваному вигляді потребуватиме перевизначення його місця в архітектурі ЕСОЗ та перегляду чинного переліку реєстрів.

Водночас надзвичайно важливим є подальше функціонування вказаного реєстру як єдиної та актуальної бази даних для основних стейкхолдерів. Саме тому ведення інших реєстрів або баз даних, які дублюватимуть функції реєстру ЛРОЗ, має бути зупинено для зменшення навантаження на осіб, відповідальних за внесення даних. Окрім того, подальша робота таких реєстрів може спричинити недовіру до нової системи, а отримання даних з різних джерел перешкоджатиме виваженому прийняттю рішень на основі доказових даних.

## Володілець реєстру

У перспективі володільцем реєстру ЛРОЗ (або відповідних його частин) мають бути органи професійного самоврядування. Такий підхід рекомендують міжнародні організації, застосовує переважна більшість проаналізованих країн та він базований на первинній ролі реєстру.

Важливо: «Загальнонаціональність» (єдиність) володільця реєстру є важливим концептом для забезпечення єдиних підходів до збирання й управління даними, забезпечення їх конфіденційності та безпеки. Із запровадженням професійного самоврядування реєстр ЛРОЗ не ділиться на окремі реєстри. Якщо створюються кілька палат у межах професійного самоврядування, для відповідальних органів можуть бути налаштовані відповідні права та доступи. У процесі імплементації проекту стейкхолдерам рекомендовано розробити дорожню карту (концепцію), яка включатиме політику й механізми управління реєстром ЛРОЗ, фінансування його функціонування та визначення правил володіння/доступу/внесення й отримання даних<sup>52</sup>.

<sup>52</sup> World Health Organization. (2015). Human resources for health information system: minimum data set for health workforce registry. World Health Organization.

На даному етапі, з огляду на відсутність професійного самоврядування в Україні, володільцем реєстру ЛРОЗ має бути МОЗ як ЦОВВ, що формує політику в системі охорони здоров'я. Права володільця накладають також зобов'язання щодо адміністрування (й відповідного фінансування реєстру) та відповідальність за впровадження реєстру (серед іншого, це стосується питань взаємодії/інтеграції з іншими державними реєстрами, процедур верифікації даних тощо).

Процедура передання реєстру ЛРОЗ від МОЗ до професійного самоврядування має бути прописана в НПА про реєстр ЛРОЗ та інших НПА, де цей реєстр згадується.

## Стейкхолдери

Для цілей даного документа основні стейкхолдери згруповані за їхньою потребою в реєстрі ЛРОЗ. Відповідно ми вирізняємо такі групи стейкхолдерів:

1. **Урядові структури**, які формують і реалізують публічну політику. Насамперед це МОЗ і НСЗУ. Водночас на даному етапі МОН є також важливим стейкхолдером як ЦОВВ, що формує й реалізує політику у сфері освіти і є розпорядником ЄДЕБО. Після запровадження реєстру ЛРОЗ урядові структури відповідатимуть, зокрема, за:

- розроблення політик щодо розвитку ЛРОЗ загалом і реєстру ЛРОЗ зокрема (МОЗ),
- верифікацію даних (насамперед НСЗУ отримують дані з реєстру ЛРОЗ з метою моніторингу),
- оприлюднення публічних даних з реєстру ЛРОЗ (МОЗ, НСЗУ).

2. **Медична/Професійна спільнота** у вигляді професійного самоврядування, зокрема лікарського. Для професійної спільноти реєстр ЛРОЗ є передусім інструментом для надання допуску в професію, а також місцем акумуляції всіх основних даних про працівника, що даватиме підстави приймати відповідні рішення. Така акумуляція даних важлива, оскільки професійна спільнота

відповідатиме за такі процеси, як:

- надання допуску до професії/практики,
- супровід працівників на професійному шляху (наприклад, БПР, захист прав тощо),
- управління процесами, пов'язаними із професійними проступками та відповідними реакціями на них.

Як майбутній володільць реєстру ЛРОЗ інституція професійного самоврядування також буде включена в процеси розроблення пов'язаних політик, використання даних для прийняття рішень щодо професійного шляху працівників, верифікацію та оприлюднення частини даних.

3. **Сам працівник**. На індивідуальному рівні, реєстр ЛРОЗ є інструментом для отримання допуску в професію та джерелом даних для прийняття рішень, пов'язаних із БПР і кар'єрою. Зокрема через доступ до агрегованих даних. Також, маючи доступ у власний "кабінет" (наприклад, через Дію чи інший мобільний додаток), працівник може додатково виявляти помилки чи брак даних про себе та відповідно інформувати володільця реєстру (напрямую або через адміністратора).

4. **Споживач послуг (пацієнт)**. У даному разі ми передбачаємо запит радше на публічні/відкриті дані, аніж власне реєстр як такий. Відкриті дані допомагатимуть споживачам/пацієнтам приймати усвідомлене рішення про звернення по медичні послуги до конкретного закладу чи працівника. Прозорість/Підзвітність також підвищуватимуть довіру до системи охорони здоров'я загалом.

Врахування потреб і відповідальностей цих стейкхолдерів є критично важливими на подальших етапах операціоналізації концепції, а саме під час розроблення бізнес-процесів і подальшої технічної реалізації та розроблення відповідних НПА. Одним з таких критичних питань є права та рівні доступу до різних даних реєстру ЛРОЗ, у тому числі й для таких важливих користувачів реєстру, як роботодавці та ЗВО. Ця концепція дасть далі основні відповіді щодо цього.

## Розподіл прав щодо внесення та редагування даних у реєстрі ЛРОЗ

Як було зазначено вище, частина даних про працівника має потрапляти в реєстр ЛРОЗ через інтеграцію з іншими реєстрами, насамперед з Єдиним державним демографічним реєстром, Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців і громадських формувань та Єдиною державною електронною

базою з питань освіти. У разі запровадження інших реєстрів, які міститимуть дані про працівників, наприклад, реєстр заходів БПР, така інформація також має інтегруватися з реєстром ЛРОЗ.

Частина даних, зокрема пов'язаних із професійною кар'єрою та безперервним професійним розвитком, має вносити в реєстр відповідальна організація. Приклад такого розподілу подано в таблиці нижче.

Набір даних	Відповідальний за внесення/генерацію даних
Номер сертифіката лікаря/провізора-спеціаліста та дані про його продовження, присвоєння кваліфікаційної категорії	ЗВО, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я відповідних адміністративно-територіальних одиниць
Доступ до професії	ЗВО (наразі фактично), професійне самоврядування (у майбутньому)
Професійна діяльність	Залежно від обраної форми: роботодавець, ФОП, безпосередньо працівник (у разі ЦПХ чи іншої форми практики, не забороненої законом)
Заходи БПР і кількість балів, отриманих за їх проходження в Україні	Провайдери БПР (Агенція БПР/працівник – щодо іноземних провайдерів)
Міжнародні заходи БПР і кількість балів, отриманих за їх проходження	Агенція БПР (наразі Центр тестування)

Рекомендовано, щоби більшість полів, куди вносять дані, були максимально автоматизовані (зокрема містили спадні списки).

Поки що, з огляду на невизначеність із розвитком професійного самоврядування, складно деталізувати права майбутнього володільця реєстру ЛРОЗ щодо внесення та редагування даних. Водночас такі права впливатимуть із фактичних функцій і можуть, зокрема, стосуватися допуску до професії та внесення інформації про професійні проступки.

МОЗ і НСЗУ, як важливі стейкхолдери реєстру ЛРОЗ, є радше користувачами з особливими правами доступу, аніж відповідальними за безпосереднє внесення даних. Рівні доступу описано нижче.

Редагування даних у реєстрі можливе за кількох умов:

- 1) відстеження відповідних змін (ким, коли та яка зміна була внесена);
- 2) нормативно визначена процедура, що описує підстави та процес таких змін.

Важливою підставою для редагування даних є результати верифікації даних, описані нижче.

## Рівні доступу до даних у реєстрі ЛРОЗ

Рівні доступу до даних у реєстрі ЛРОЗ змінюватимуться відповідно до зміни фактичного володільця, а також адміністратора. Відповідно рівні доступу можуть бути налаштовані так (перелік користувачів не є вичерпним):

- Професійне самоврядування: потребує максимально повного доступу до даних про статус (активний чи ні), освіту, професійну

діяльність і БПР працівника, а також про професійні проступки (дисциплінарні чи інші стягнення — див. пояснення нижче). Такий рівень доступу визначається роллю та функціями самоврядування. Технічно доступ до даних залежатиме від структури професійного самоврядування. У разі поділу самоврядування на окремі палати чи інші організаційні структури, кожна з відповідних палат повинна мати доступ до даних відповідних працівників (наприклад, за галуззю знань).

Професійний проступок — порушення медичним працівником стандартів, передбачених законом про професійне ліцензування/професійне самоврядування (порушення правил лікарської етики, професійних стандартів, розголошення лікарської таємниці або вчинення дій, що призвели до її розголошення). Медичних працівників притягують до відповідальності за професійні проступки органи професійного самоврядування (після його створення). Така інформація повинна бути у публічному доступі, у тому числі для пацієнтів.

Професійна (лікарська) помилка — дія або бездіяльність лікаря (або іншого медичного працівника), що спричинила шкоду здоров'ю або життю пацієнта з вини лікаря (медичного працівника). Метою ведення обліку та аналітики лікарських помилок є запобігання допущення лікарями лікарських помилок та розроблення стандартів у сфері охорони здоров'я. Така інформація вноситься в реєстр без персональних даних лікаря.

- МОЗ: потребує максимально доступу до даних про активних працівників, їхню освіту та подальшу спеціалізацію, професійну зайнятість. До запровадження професійного самоврядування МОЗ може мати також права доступу до інших даних. Водночас для МОЗ надзвичайно важливо мати оперативні агреговані дані (див. також нижче), як-от: географічний розподіл реально наявних працівників; відповідність спеціальностей запланованим моделям наданням послуг; відсоток працівників, які не пішли в професію, але є в резерві на

випадок надзвичайних ситуацій тощо.

- НСЗУ: потребує доступу до даних про активних працівників відповідно до вимог пакетів послуг. Це означає, що НСЗУ може потребувати даних про місце роботи та відповідну спеціальність, відсоток зайнятої посади працівником тощо. НСЗУ також потребує доступу до певних даних для належної верифікації (йдеться, зокрема, про дані, які інтегровані з ЄДР та ЄДЕБО).
- Сам працівник: має повний доступ до перегляду всіх даних про себе, що також є одним із методів верифікації даних (див. нижче).
- ЗВО: потребує насамперед доступу до даних про освіту та БПР. Необхідність доступу до інших даних є предметом обговорення.
- Роботодавець: потребує насамперед доступу до даних про освіту, БПР, попередній досвід роботи.
- Провайдер БПР: потребує доступу до особистого кабінету працівника в системі охорони здоров'я для внесення даних про отримані бали БПР. Необхідність доступу до інших даних є предметом обговорення.
- Пацієнт: потребує доступу до актуальних даних про працівника, а саме — активний чи ні, основна освіта та спеціалізація, чинне місце роботи. Така інформація має бути доступна через відповідний публічний доступ до реєстру ЛРОЗ.

Важливою складовою в питаннях доступу до даних є також доступ до агрегованих даних. Агреговані дані мають бути максимально доступні на публічних ресурсах, щоби сприяти прозорості та підзвітності системи охорони здоров'я та підвищенню довіри до неї. Відповідні набори даних, що мають бути реалізовані у вигляді дашбордів або інших інструментів, мають бути узгоджені на першому етапі розроблення реєстру ЛРОЗ.

## Особливості верифікації даних у реєстрі ЛРОЗ

Завдання верифікації даних у реєстрі ЛРОЗ має бути покладено на кількох стейкхолдерів, а саме:

- професійне самоврядування (після запровадження);
- МОЗ та НСЗУ (як органи влади, що відповідають за розроблення та реалізацію політики в охороні здоров'я);
- власне працівник (як суб'єкт у реєстрі).

Тоді як процедури верифікації зі сторони самоврядування, МОЗ і НСЗУ є визначеними їхніми функціями й завданнями та мають бути прописані у відповідних нормативних актах і внутрішніх процедурах, окрему увагу варто звернути на процедуру верифікації даних самим працівником. Помітивши помилку в даних про себе, працівник повинен мати право та відповідну процедуру звернутися з вимогою про виправлення до того, хто вніс помилкові дані. Якщо дані не буде виправлено, працівник повинен мати право й процедуру звернення до адміністратора та/чи володільця реєстру.

Відповідальність за внесення некоректних даних або несвоєчасне виправлення даних після звернення має бути визначена нормативними актами.

## Адміністрування реєстру ЛРОЗ

Адміністрування реєстру ЛРОЗ, як суспільно важливого, потребує особливої уваги та належного фінансування. Попередній досвід адміністрування ЕСОЗ доводить необхідність суттєвої деталізації повноважень і обов'язків адміністратора, вимог до нього, коректного "місця" серед інших стейкхолдерів, а також належного фінансово-економічного обґрунтування необхідного бюджету. Оскільки реєстр ЛРОЗ не є суто ІТ-рішенням, а є інструментом політики в сфері людських ресурсів в охороні здоров'я, який також потребує активної взаємодії з різними стейкхолдерами, концепція адміністрування потребує окремої

уваги й залучення зацікавлених і компетентних сторін для розроблення ключових рішень, процедур і розрахунків.

## Фінансування реєстру ЛРОЗ

Запровадження, підтримка/адміністрування та розвиток реєстру ЛРОЗ потребують фінансування. Нехтування цим питанням не дасть можливості реалізувати функціонал реєстру та мати доступ до необхідних даних. Інвестиції в реєстр ЛРОЗ навіть у середньостроковій перспективі є меншими за фінансові та людські (!) втрати внаслідок відсутності прозорих процедур і достовірних даних.

Фінансування адміністрування реєстру ЛРОЗ потенційно можна реалізувати двома альтернативними шляхами: збір за адміністративну послугу або ж щорічні внески до професійного самоврядування (з моменту його створення).

Проведений аналіз свідчить, що збір за адміністративні послуги в даному разі не є прийнятною альтернативною.

Відповідно адміністрування реєстру ЛРОЗ має здійснюватися за рахунок частини бюджету, сформованого зі щорічних внесків до професійного самоврядування (з моменту його створення). Прикладом таких щорічних внесків може бути адвокатське та нотаріальне самоврядування (затверджено на рівні законів), внески до профспілок і професійних асоціацій.

До етапу передання реєстру ЛРОЗ професійному самоврядуванню ми пропонуємо такий алгоритм фінансування:

- 1) розроблення та підтримка адміністрування реєстру протягом 2023 року — донорська підтримка;
- 2) підтримка адміністрування реєстру протягом 2024 року — за рахунок бюджетних коштів (має бути передбачена в бюджетній декларації, що буде підготовлена МОЗ у 2023 році).

Окремим фінансовим питанням є вартість потенційних інтеграцій реєстру ЛРОЗ з іншими державними реєстрами, якщо норми закону "Про публічні електронні реєстри" не будуть реалізовані повною мірою. З досвіду попередніх



налаштувань автоматичної інтеграції ЕСОЗ з іншими державними реєстрами, вартість такого налаштування складає близько 10 млн грн.

## Етапність розроблення реєстру ЛРОЗ

Рішення щодо такої етапності мають бути прийняті після погодження ключових ідей концепції. Водночас ми рекомендуємо розглянути можливість на першому етапі розробити функціонал, що дає можливість розпочати “шлях працівника в реєстрі” з моменту отримання диплома (та відповідного запису в ЄДЕБО) та подальшого доступу в професію.

З огляду на євроінтеграційні процеси бажано одразу передбачити можливість двомовності реєстру (принаймні переключення назв комірок на англійську).

Окремі випадки, які потрібно опрацювати на рівні технічного завдання для реалізації на першому або другому етапі розроблення, передбачають, зокрема, рішення для внесення даних про працівників, які:

- отримали дипломи про медичну освіту до впровадження ЄДЕБО;
- отримали медичну освіту в закладах освіти силових структур та дані про дипломи яких не містить ЄДЕБО;
- отримують вищу немедичну освіту через проходження курсів спеціалізації (як-от спеціалісти за спеціальністю “Біологія” галузі знань “Біологія”).

На наступних етапах важливо реалізувати функціонал, який дасть змогу:

- інтегрувати дані з реєстру заходів БПР;
- відобразити шлях працівників на додипломному рівні освіти;
- відобразити в реєстрі зокрема такі категорії працівників: медиків-іноземців, які приїхали працювати в Україну (дана політика повинна бути синхронізована з політикою визнання іноземних документів про освіту та іноземних кваліфікацій); медики-українці, що їдуть працювати за

кордон; українців, які отримали дипломи за кордоном і повернулися працювати в Україну.

З огляду на активні міграційні процеси, варто дивитися на реєстр ЛРОЗ як інструмент, що стимулюватиме відповідні зміни в політиках нострифікації іноземних дипломів (для спрощення процесів) чи перехід на такі реєстраційні номери дипломів або інших документів, які визначатимуть за кордоном.

## Етапність впровадження та відповідні стимули

Зважаючи на велику кількість працівників, впровадження реєстру ЛРОЗ варто реалізовувати в два етапи:

- 1) перехідний: передбачає поступове наповнення реєстру первинними даними про працівників (користувачами, які мають право вносити дані);
- 2) повне впровадження: з визначеної дати, якщо працівника немає в реєстрі ЛРОЗ, він не може практикувати в охороні здоров'я в Україні (як можливий стимул); з цієї дати в реєстр вносяться лише нові дані.

Перехідний етап потребує наперед визначеного визначеного стимула. Таким стимулом може бути:

- нормативне визначення, що лише повний запис у реєстрі дає можливість практикувати;
- нормативне рішення, що при контрахтуванні закладів НСЗУ приймає дані лише з реєстру ЛРОЗ;
- комбінація стимулів;
- інше (до обговорення).

Під час перехідного етапу важливо проводити активну навчальну кампанію для різних категорій користувачів, а також комунікаційну та адвокаційну.

Рішення щодо термінів етапів і відповідних стимулів потребує обговорення на рівні ЦОБВ.



# КЛЮЧОВІ КРОКИ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕЄСТРУ ЛРОЗ

Даний роудмеп побудований на таких ключових припущеннях:

- уряд розглядає реєстр ЛРОЗ не як базу обліку, а як інструмент різних політик щодо людських ресурсів в охороні здоров'я;
- розробка та впровадження реєстру відбувається поступово та з урахуванням інших політик, функціонал реєстру розширюється відповідно до потреб конкретних політик;
- навіть базовий функціонал реєстру може бути реалізований повноцінно лише за умови запровадження визначених політик-передумов (описаних у даному документі).

