



В.Г. Гінзбург¹, Т.М. Полішко¹, О.В. Лугова², О.К. Саусь³, В.О. Татаровський⁴

ЛЮДСЬКИЙ РЕСУРС – ВАЖЛИВИЙ РЕЗЕРВ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

¹Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації,

²Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської міської ради,

³Клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги (м. Дніпропетровськ),

⁴Дорожня клінічна лікарня на ст. Дніпропетровськ

Ключові слова: якість медичної допомоги, реформування, людський фактор, ресурси, резерви.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, реформирование, человеческий фактор, ресурсы, резервы.

Key words: quality of care, reform, human factor, resources, reserves.

Проведено анкетне опитування лікарів і медичних працівників середньої ланки терапевтичної служби Дніпропетровська. Здійснено оцінку стану людського ресурсу всіх її ланок організації та управління, починаючи з первинних колективів лікувально-профілактичних закладів міста. Розкрито причинно-наслідкові зв'язки виникнення «вузьких місць» в управлінні, збереженні, розвитку трудового потенціалу як фону напередодні реорганізації первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги населенню, визначено аспекти використання потенційних можливостей і соціальних резервів для її вдосконалення.

Проведен анкетный опрос врачей и медицинских работников среднего звена терапевтической службы Днепропетровска. Дана оценка состоянию человеческого ресурса всех ее звеньев организации и управления, начиная с первичных коллективов лечебно-профилактических учреждений областного центра. Раскрыта причинно-следственная связь возникновения «узких мест» в управлении, сохранении, развитии трудового потенциала как фона в преддверии реорганизации первичного и вторичного уровней оказания медицинской помощи населению, определены аспекты использования потенциальных возможностей и социальных резервов для ее совершенствования.

A questionnaire survey of physicians and health professionals of mid-level therapeutic service of Dnipropetrovsk was done. The evaluation of human resource, all links of its organization and management, ranging from primary groups of medical institutions of the city was performed. Cause - effect relations of "bottlenecks" in the management, conservation, development of labor potential as background before the reorganization of primary and secondary levels of provision of medical care was revealed, aspects of the use of the potential possibilities and social reserves for its improvement were defined.

Перед вітчизняною системою охорони здоров'я стоїть завдання забезпечення населення високоякісною медичною допомогою. Соціальна політика держави в цій сфері за умов соціально-економічних перетворень у суспільстві має спрямовуватись на реформування всієї системи галузі, вдосконалення організації роботи й управління її установами й закладами, розвиток людського капіталу, впровадження в практику прогресивних технологій, зміцнення матеріально-технічної бази.

Новий якісний рівень медичної допомоги повинен перенести акценти з кількісних аспектів діяльності лікувально-профілактичних закладів на оцінку якості й ефективності різних її видів.

На виняткову актуальність проблеми покращення якості медичної допомоги та підвищення її ефективності як чільного принципу, одного з основних критеріїв кінцевого результату діяльності в галузі охорони здоров'я [1] наголошено «Хартією про реформування охорони здоров'я» на конференції Міністрів охорони здоров'я (Люблен, 1996 р.), на Національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» (Житомир, 2008 р.), у постанові Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. №208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я». Ця проблема актуальна завжди, але її концепція розроблена ще недостатньо. Крім того, на наш погляд, її критерії можуть бути доповнені, зокрема, параметрами розвитку людського фактору. Лікар, медичний персонал є

яскравими показниками якості лікувально-профілактичної допомоги: результат роботи забезпечується індивідуальними й соціально-психологічними особливостями працівників, є здобутком колективу.

Пошуку шляхів збереження й примноження людського капіталу присвячені дослідження багатьох українських і зарубіжних учених. Вони стосуються питань менеджменту персоналу, в основному, промислових підприємств, органів державної влади. Але мало робіт з вивчення стану й причин динамічних змін трудових ресурсів охорони здоров'я, регіональних її особливостей, впливу на них конкретних факторів, особливостей управління відносинами в цій сфері, бо кожен соціальний клас, кожна професійна група мають свої, відмінні від інших моральні цінності [6] (трудоий потенціал – це люди з їх потребами, поглядами, взаєминами, інтересами, емоціями).

МЕТА РОБОТИ

Дати оцінку стану трудового потенціалу терапевтичної служби Дніпропетровська як його фону напередодні реорганізації первинного й вторинного рівнів надання медичної допомоги населенню, визначити аспекти використання потенційних можливостей і соціальних резервів для її вдосконалення.

Проведене дослідження дало можливість зрозуміти стан людського ресурсу провідної служби обласного центру, всіх ланок її організації та управління, починаючи з лікувально-профілактичних закладів міста, визначити



причинно-наслідкові зв'язки виникнення «вузьких місць» в управлінні, розвитку, збереженні людського капіталу, аспекти використання потенційних можливостей і резервів для удосконалення медичної допомоги. Ми прагнули отримати детальну характеристику тих факторів, що можуть стати дійовим резервом, від яких залежить кінцевий результат праці; оцінити ступінь адаптації працівника до професійних і організаційних вимог, його задоволеність цими вимогами, показниками своєї роботи, враховуючи функції первинного колективу: трудову, соціально-інтегративну, управлінсько-виховну.

МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ – соціологічний.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз групи опитаних осіб (у %) подано у *табл. 1.*

Таблиця 1

	Лікарі-терапевти	Медичний персонал середньої ланки
Стать:		
чоловіки	18,6	1,1
жінки	81,4	98,9
Вік:		
до 30 років	10,4	21,5
більше 60 років	16,5	9,6
Загальний медичний стаж:		
до 5 років	8,3	12,7
Сімейний стан:		
одружені	71,3	64,3
неодружені	16,0	19,1
розлучені та вдівці	12,7	16,6
Кваліфікаційна категорія:		
вища	24,3	51,3
перша	40,9	16,1
друга	19,3	13,2
не атестовані	15,4	19,4
Вчений ступінь:		
доктор медичних наук	0,6	-
кандидат медичних наук	2,4	-

Стосовно загальних характеристик людських ресурсів, слід насамперед підкреслити, що результати досліджень в Україні за останні роки [7] свідчать, що серед населення домінує інструментальний тип трудової мотивації, зокрема блок мотивів вибору робочого місця, пов'язаний з такими чинниками, як висока оплата праці, нешкідливі її умови, відсутність суттєвого ризику для здоров'я. У виборі переважає мотив матеріально вигідної професії.

Існують підтвердження, що медичним працівникам властиві здебільшого професійний та етичний типи трудової мотивації, а трудові взаємини характеризуються бажанням зберегти професію, професійну гідність.

На думку багатьох дослідників, найвищий рівень мотивації персоналу організації в довгостроковій перспективі досягається не за рахунок зовнішнього стимулювання, а за рахунок добору людей з відповідною структурою мотивації [9] і проявів самоефективності (її оцінка зумовлює вибір сфери діяльності й середовища) [12]. Однак слід пам'ятати, що ці обставини (так звані патерналістські відносини) можуть лише доповнювати відносини економічні, а не підміняти їх [8].

Серед заходів, що пропонують здійснити опитані для того, щоб підвищити задоволення своєю роботою, домінує саме

збільшення заробітної плати. Серед причин, що спонукали деяких лікарів перейти з терапевтичної служби на іншу роботу (змінити спеціальність) також на першому місці низька зарплата. Слід підкреслити, що реформування рівнів надання медичної допомоги передбачає її стимулюючу функцію.

Уявлення людини про те, якою вона повинна бути, що вміти робити і як себе вести в професійному співтоваристві, щоб ефективно реалізуватись у професії, віддзеркалюється через внутрішню схему, якою є професійна ідентичність [11] як важливий показник професійного розвитку. Успішними є ті, хто відповідає вимогам роботи й професійного оточення.

Професіоналом можна вважати працівника, який успішно вирішує завдання, згідно зі своїми службовими обов'язками; має здібності до професії, а також мотивацію до цієї роботи; задоволений працею; досягає бажаних для суспільства результатів шляхом виконання своїх функцій; використовує сучасні технології; засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії); виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність; досягає необхідного рівня професійних особистісних якостей, знань і вмінь; відкритий для фахового навчання, здобуття досвіду, змін; соціально активний; відданий професії; готовий до якісної та кількісної оцінки власної праці тощо [2].

Спираючись на матеріали сучасних вітчизняних і зарубіжних дослідників [8,9,11,12,4], передбачено вивчення детермінант і груп професійного успіху медичних працівників і факторів, що його зумовлюють. Зокрема, йдеться про мотивацію персоналу, стратегію кар'єри, організаційні характеристики, характеристики особистості, інвестиції в людський капітал, міжособистісні й родинні стосунки тощо.

Якщо людина зацікавлена в роботі та її результатах (позитивна мотивація) [14], вона оптимально використовує знання, кваліфікацію, досвід, робочий час, ефективно застосовує технічні засоби, ощадливо витрачає матеріальні ресурси, проявляє творчу ініціативу, бере активну участь у різних новаціях.

За нашими даними, не всі лікарі й медпрацівники середньої ланки знайомі зі своєю посадовою інструкцією (функціональними обов'язками), а на питання: «Чи враховуєте Ви в роботі норми (еталони) професії?» 0,9% лікарів відповіли: «Не дотримуюсь».

Лише 75,2% лікарів і 90,7% середніх медичних працівників вважають, що вони досягли необхідного рівня професійних якостей, знань та умінь.

Не замислюються над питаннями: «Чи задоволений (а) я якістю своєї роботи?» 8,3% лікарів і 8,8% медпрацівників середньої ланки, «Чи відповідає посада, що я обіймаю, моєму реальному потенціалу?» – 16,4% і 16,1% відповідно.

Не проводять самоаналіз своєї роботи, не оцінюють її результати 2,3% лікарів і 8,8% середніх медичних працівників.

Свою роботу лікарі і медпрацівники середньої ланки виконують на «відмінно» – 14,3% і 20,7%, «добре» – 77,3% і 75,9%, «задовільно» – 8,4% і 3,4% відповідно.

Самоорганізованість (уміння жити й працювати так, як цього потребують вимоги робочого режиму) і



самодисциплина (вміння керувати поведінкою) повною мірою притаманні 72,9% і 81,8% лікарів і 74,3% і 82,6% середнього медперсоналу відповідно.

Ефективне самоуправління об'єктивно пов'язане як з людською природою (генетична програма, біоритми, темперамент), так і з рівнем прагнення до самовдосконалення [2]. За належних зусиль і наполегливості до досягнення самоменеджменту (особистою технологією, організаційною наукою управління самим собою) можна навчитись найефективніше використовувати власні час і здібності, свідомо керувати перебігом життя, вмільо долати зовнішні умови як на роботі, так і в особистому житті.

Більше 1% лікарів не вміють або не хочуть чітко організувати свою роботу.

На організацію та умови праці впливає і те, що протягом робочого дня медпрацівники залучаються до виконання функцій, не передбачених посадовою інструкцією (функціональними обов'язками). У 63,4% лікарів їх виконання займає до ¼, а у кожного другого – 6,2% робочого часу (це переважно робота медичної сестри, оформлення документації, вирішування господарчих питань).

З метою забезпечення ефективної діяльності організації, актуальним є прогнозування індивідуальних цілей і цінностей працівників, створення певної професійної моделі сучасного фахівця, його професійного іміджу. Тому в умовах ринкових відносин згадана модель має включати у міждисциплінарну підготовку медичних кадрів, зокрема лікарів загальної практики – сімейних лікарів, питання управління, менеджменту та маркетингу медичних послуг. Зазначене питання потребує вирішення, адже, за даними опитувань, більш ніж 3/4 лікарів намагаються індивідуалізувати свою працю, 39,8% опитаним властиве підприємництво, а 45,3% орієнтуються на конкуренцію. Вкрай важливо (особливо за умов сучасних реформ галузі):

- врахувати те, що, як засвідчує європейський досвід [15], корекція здоров'я людини/пацієнта в контексті управління та менеджменту посідає одне з центральних місць, оскільки будь-який процес у здоров'ї вимагає (за С. Янгом) реального управління, зокрема діагностичним процесом, профілактичними й реабілітаційними технологіями, перебігом хвороби, процесом лікування, кадровими, фінансовими, матеріальними й інформаційними ресурсами тощо;
- підвести наявні процеси профілактики, діагностики, лікування й реабілітації під дію управлінських принципів і законів, що дозволить лікареві будь-якого фаху системно керувати як станом здоров'я людини/пацієнта, так і відповідними медичними технологіями, що до сьогодні не здійснюється.

5,5% лікарів і 3,1% медпрацівників середньої ланки зазвичай не проявляють ініціативу й особливе сумління у професійному навчанні, підвищенні кваліфікації та поглибленні знань.

Майже кожен другий лікар (47%) і 63,4% середнього медичного персоналу не володіють комп'ютерною грамотністю.

78,9% опитаних лікарів-терапевтів намагаються бути

в курсі новин медицини, кожен п'ятий ретельно вивчає питання, що стосуються інших лікарських спеціальностей, а 1,1% мало ними цікавляться. Тільки 21,7% лікарів займаються науково-дослідною роботою, винахідництвом і раціоналізаторством.

Кожний третій лікар ставиться насторожено до змін.

Не подобається робота 3,2% лікарів і 0,8% медичного персоналу середньої ланки. У 11,3% лікарів ставлення до неї нейтральне, більше половини опитаних (51%) не бачить перспектив професійного зростання, 4,2% не віддані своїй професії.

Стан матеріально-технічного оснащення лікувально-профілактичних закладів (у своєму відділенні) як поганий оцінюють 13,9% лікарів і 12,1% середніх медпрацівників.

Задовільними умови праці вважають 46,7% лікарів і 36,2% медичних працівників середньої ланки (умови праці вважають ефективно працювати 41% лікарів і 42,3% середнього медперсоналу).

Задоволеність працівників трудовою діяльністю дозволяє проаналізувати майже всі соціально-психологічні характеристики функціонування організації, зокрема стан сформованості колективу, міжособистісні взаємини, психологічний клімат, рівень розвитку колективу й кожної особи тощо [5].

86,9% лікарів і 83,4% медичних працівників середньої ланки оцінюють свій колектив як дружний, однак лише 16,6% і 13,4% відповідно опитаних вважають, що у нього є чому навчитись у професійному плані.

13,7% лікарів і 14,7% середніх медпрацівників вважають, що для підвищення задоволеності роботою необхідно більше турботи з боку адміністрації.

Морально-психологічний клімат у колективі є суттєвим чинником «самопочуття» як будь-якої організації в цілому, так і працездатності й успішності діяльності кожного її працівника [6]. Щоб цей вплив був позитивним, слід прагнути до створення й підтримання в колективі таких умов діяльності, що забезпечували б саме сприятливий морально-психологічний клімат. Важливими факторами є взаємна довіра членів колективу, можливість вільно висловлювати власні думки, у тому числі й критичні зауваження ділового характеру, відсутність тиску керівництва на підлеглих, достатня інформованість кожного члена колективу про цілі й завдання організації; задоволеність працею та відчуття належності до колективу як єдиної команди; відповідальність кожного за власні вчинки й рішення тощо.

Тут треба наголосити, що на клімат в колективі особливе значення має раціональне управління. На думку Г.Бутиріна [16], все в житті, а отже й в управлінні, визначається моральністю його суб'єктів. Тільки в рамках моральних парадигм можуть виникнути й зміцніти нормальні взаємини в середовищі управлінців, між ними й об'єктами управління. Моральність є провідним ресурсом (порівняльним зі знаннями) сталості й ефективності управління.

Рівень психоемоційного напруження визначають як високий 71,2% лікарів і 35,9% середніх медичних працівників. На цьому фоні важливою є характеристика таких властивостей



характеру, як емоційність, емоційна стійкість, що визначають темперамент особистості, її внутрішні (особистісні) та зовнішні (міжособистісні) ресурси. Емоційна стійкість визначає ступінь реакції на різні чинники (люди, події), тобто, певним чином, й емоційний інтелект [13].

Слід пам'ятати, що з посиленням стресогенного впливу ефективність діяльності й рівень суб'єктивної активності починають різко падати [5], крім того, нейроемоційне, психологічне перевантаження, стреси – це фактори ризику, що негативно впливають на здоров'я, є причинами найрізноманітніших захворювань.

У формуванні рівня здоров'я медичних працівників певну роль відіграють і інші фактори (вивчено провідні з тих, що зумовлені способом життя, його умовами (матеріальними і нематеріальними факторами), а також проявами способу життя).

За останні 12 місяців хворіли 63,2% лікарів і 61,1% середніх медичних працівників. На диспансерному обліку перебуває 42,7% і 45% відповідно.

Оцінюючи реальний стан здоров'я медичних працівників, враховано, що офіційні статистичні показники неповно його віддзеркалюють (достатньо легко логічно пояснити причини цього). Одна з них, на яку, на наш погляд, треба звернути увагу, полягає у тому, що не завжди фіксуються звернення співробітників за медичною допомогою, зокрема, до колег (у свої лікувально-профілактичні заклади й не тільки).

Зацікавлення викликали основні суб'єктивні показники здоров'я респондентів як суттєва інформація, зокрема скарги на здоров'я, самооцінка власного здоров'я та задоволеність життям.

Важливість самооцінки здоров'я підкреслюють фахівці різних спеціальностей (медики, психологи, соціологи), адже для людини суб'єктивне самопочуття є значущим для усвідомлення власного здоров'я або нездоров'я [10], що повною мірою визначає поведінку особистості, продуктивність її праці і реалізацію соціальних функцій.

Рівень власного здоров'я як високий і вищий середнього оцінили 21,6% лікарів і 15,5% медпрацівників середньої ланки, як середній – 66,4% і 71,3% відповідно, як низький і нижчий середнього – 12% і 13,2%. Стан здоров'я для 18% лікарів і 20,4% середнього медичного персоналу є причиною, що здебільшого заважає їм працювати ефективно.

Щодо ставлення кожного до власного здоров'я: існують «ножиці» між тим, що знають та що і як виконують опитані. Наприклад, 6,4% лікарів і 2,7% медичних працівників середньої ланки не проходили медичний огляд за останні 12 місяців; 9,8% лікарів і 14,7% середніх медичних працівників палять тютюн і 20% і 21,7% відповідно вживають спиртні напої; 39,6% і 48,8% не займаються ізичною культурою і спортом (у 65,8% лікарів і 72,6% медичних працівників середньої ланки для цього немає необхідних умов) тощо.

Ступінь благоустрою житла не задовільняє кожного четвертого лікаря й 38% середніх медпрацівників.

У 29,2% лікарів і 49,9% медичних працівників середньої ланки є потреба в отриманні (купівлі) житла, а у 46,2% і 58,7% відповідно – у розширенні житлової площі.

Взаємини між членами родини складні у 10,9% лікарів і 8,3% медичних працівників середньої ланки.

37% лікарів і 35% середнього медперсоналу працюють більше ніж на ставку.

Визначено також рівень соціального здоров'я респондентів з основних критеріїв [3]: 29,4% лікарів і 37,4% медпрацівників середньої ланки не задоволені житлово-побутовими умовами, матеріальним рівнем і суспільними відносинами.

Більше 1 години на дорогу до місця роботи і назад витрачають 43,2% лікарів і 38,6% середніх медичних працівників.

Не всі медичні працівники регулярно отримують відпустку й вихідні дні. Чимало опитаних не задоволені можливостями для відпочинку, що надають лікувально-профілактичні заклади, де вони працюють.

Не зовсім задоволений використанням вільного часу кожний другий лікар та 42,2% медпрацівників середньої ланки.

Цінними для об'єктивного аналізу стану трудового потенціалу є також отримані дані про основні причини, що, на погляд респондентів (відповіді (у %) подано у табл. 2), примусили деяких лікарів-терапевтів перейти на іншу роботу (змінити спеціальність тощо).

Таблиця 2

	Лікарі-терапевти	Медичні працівники середньої ланки
Низька заробітна плата	76,9	65,7
Робота не престижна	25,1	13,0
Погана матеріально-технічна оснащеність відділення	19,7	15,7
Важка робота	18,0	8,4
Значні витрати часу на пересування до місця роботи і назад	12,6	11,1
Робота не представляла інтересу	10,0	2,3
Стан здоров'я	9,4	6,5
Погані житлово-побутові умови	7,7	1,9
Конфліктні відносини з адміністрацією	5,7	3,1
Чергування	5,1	2,3
З причини виїзду з міста	4,0	5,0
Невдоволеність ставленням в колективі	2,0	2,3
Недостатня кваліфікація	1,4	0,4

На питання анкети: «Чи є у Вас бажання в подальшому працювати в терапевтичній службі?» 6,4% опитаних лікарів і 4% медичних працівників середньої ланки дали заперечну відповідь.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження використовуватимуться як для кадрового забезпечення лікувально-профілактичних закладів області (з урахуванням структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення на принципах розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги), так і для пошуку шляхів управління і збереження людського капіталу – основного ресурсу й стратегічного резерву удосконалення їх роботи.



На основі поданого фактичного матеріалу зокрема, за даними терапевтичної служби обласного центру, керівники органів охорони здоров'я та лікувально-профілактичних закладів зорієнтовані на реальне управління людськими ресурсами; оптимізацію трудової діяльності людей, їх готовності працювати на результат у рамках цілісної системи виховання, впровадження інноваційних методичних прийомів і відповідної матеріальної бази для забезпечення професійного, духовного, інтелектуального, фізичного й соціального розвитку працівників, створення здорового творчого середовища в колективах.

Серед комплексу передбачених заходів (юридичних, психологічних, фінансово-економічних) виділяються такі: визначення потреби в кадрах, їх добір; зміцнення здоров'я працівників; формування системи розвитку трудових ресурсів; покращання мотивацій персоналу; підвищення його кваліфікації, освіти, професійної компетенції; оптимізація умов праці, соціально-трудова (міжособистісних) взаємин, відпочинку (в т. ч. захоплення, аматорські заняття); програма оцінки спеціалістів на відповідність посаді, яку вони обіймають (обійматимуть) тощо. Враховуються як вимоги організації, так і інтереси працівників (колективу).

У системі управління медичною допомогою люди на розцінюються як головний інноваційний ресурс, що заслуговує на особливу увагу і пріоритетний розвиток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю. Социальная гигиена и организация здравоохранения: [Проблемные лекции] / Ю. Лисицын – М.: Медицина, 1992. – 512 с.
2. Радши Я. Из досвіду формування професійної моделі керівника системи охорони здоров'я / Я. Радши // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3–4 (6–7). – С. 25–29.
3. Жуков Г. Практичні та теоретичні аспекти управління здоров'ям населення / Г. Жуков, Ф. Ринда // Охорона здоров'я України. – 2002. – №1 (4). – С. 32–35.
4. Greenhaus J.H. Career dynamics // Borman W.C., Ligen D.R., Klimoski R.J. (eds). Handbook of psychology / Hoboken NJ. – John Wiley & Sons, Inc., 2003. – P. 519–540.
5. Молчанова Ю. Ефективність управлінської діяльності в системі державної служби: соціально-психологічний аспект / Ю. Молчанова // Вісник НАДУ при Президентіві України. – 2005. – № 1. – С. 427–434.
6. Ямстремський Ю. Вплив морально-психологічних чинників на формування управлінських відносин / Ю. Ямстремський // Вісник НАДУ при Президентіві України. – 2006. – №4. – С. 35–41.
7. Балакірева О. Ціннісні пріоритети та економічна поведінка населення України / О. Балакірева, А. Ноур // Економіка і прогнозування. – 2007. – №1. – С. 137–153.
8. Жидкова Е. Особенности трудовых и управленческих практик на предприятиях с преобладанием женского персонала / Е. Жидкова // Социологические исследования. – 2007. – С. 44–51.
9. Ребров А. Влияние мотивационной структуры на результативность труда работников различных профессий / А. Ребров // Социологические исследования. – 2008. – №5 (289). – С. 74–84.
10. Рингач Н. Самооцінка стану здоров'я: використання у державному управлінні охороною громадського здоров'я / Н. Рингач // Вісник НАДУ при Президентіві України. – 2008. – №2. – С. 289–298.
11. Иванова И. Профессиональная идентичность социально-психологических исследований / И. Иванова // Вопросы психологии. – 2008. – №1. – С. 89–100.
12. Богатырева О. Психологические предпосылки карьерного роста / О. Богатырева // Вопросы психологии. – 2008. – №3. – С. 92–98.
13. Калошин В. Емоційний інтелект – важливий показник ефективності діяльності управління / В. Калошин // Вісник державної служби України. – 2008. – №1. – С. 34–41.
14. Данюк В. Мотивація як чинник активізації трудової поведінки / В. Данюк, О. Чернушкіна // Україна: аспекти праці. – 2008. – №4. – С. 32–36.
15. Рудень В. Про професійну підготовку лікарських кадрів з питань управління, менеджменту та маркетингу медичних послуг в умовах країни з ринковими перетвореннями / В. Рудень // Освіта і управління. – 2008. – Т. 11, №2–3. – С. 34–36.
16. Бутырин Г. Значение ограничений и норм в управлении / Г. Бутырин // Вестник Московского университета. Серия: Социология и политология. – 2008. – №1. – С. 74–89.

Відомості про авторів:

Гінзбург В.Г., начальник Головного управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації.

Полішко Т.М., головний фахівець з клінічної лабораторної діагностики Головного управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації.

Лугова О.В., заступник директора департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської міської ради.

Саусь О.К., головний терапевт департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської міської ради.

Татаровський В.О., лікар дорожньої клінічної лікарні на ст. Дніпропетровськ.

Адреса для листування:

Татаровський Володимир Олександрович. 49101, м. Дніпропетровськ, вул. Свердлова, 18, кв. 49.

Тел.: (056) 371 01 63.