

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

HUMAN RESOURCING OF HEALTHCARE SYSTEM

ВООЗ визначає кадрові ресурси системи охорони здоров'я як «усіх людей, залучених до роботи, основна мета якої – зміцнення здоров'я». Кадрові ресурси системи охорони здоров'я включають лікарів, медичних сестер, акушерів, стоматологів, суміжних медичних працівників, немедичних працівників, таких як психологи чи соціальні працівники, а також персонал з управління та підтримки охорони здоров'я – тих, хто може не надавати послуги безпосередньо, але є необхідним для ефективного функціонування системи охорони здоров'я, включаючи керівників, статистиків, техніків, економістів тощо. В цій статті розглядаються ключові групи кадрових ресурсів – лікарів та середній медичний персонал, зокрема медичних сестер, акушерів і фельдшерів, а також проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я.

Основний тягар захворюваності в нашій країні пов'язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками, що зумовлює необхідність збільшення кількості лікарів та медичних сестер первинного рівня медичної допомоги та розширення їхніх функцій. Наразі максимальна кількість ресурсів зосереджена на рівні спеціалізованої допомоги. Розширення ролі первинної ланки медичної допомоги відповідає національній реформі первинної ланки в Україні. Крім того, національні концепції щодо екстреної допомоги, неінфекційних захворювань, психічного та громадського здоров'я покладають низку додаткових функціональних обов'язків на лікарів, проте рівень відповідності їхніх знань та кваліфікації для виконання таких функціональних обов'язків не визначено.

Для визначення напрямів реформування системи охорони здоров'я має бути проведений аналіз стану сфери охорони здоров'я в Україні за часи незалежності. Основним чинником його погіршення вважаємо відсутність упродовж цього періоду дієвих кроків щодо адаптації системи до ринкових умов. Держава не спроможна фінансово підтримувати систему охорони здоров'я у повному обсязі, а механізми компенсації та формування фінансових пулів не були розроблені ані в державі загалом, ані на місцях. Крім того, на початку існування незалежної України не було ані єдиної нормативної бази, ані достатнього кадрового забезпечення

для децентралізованого розвитку системи охорони здоров'я.

Ключові слова: кадрові ресурси, медичний персонал, проблема кадрового забезпечення, спеціалізована допомога, ВООЗ.

WHO defines the human resources of the health care system as "all people involved in work whose primary purpose is health promotion." Health resources include physicians, nurses, obstetricians, dentists, related health professionals, non-medical professionals such as psychologists or social workers, and health management and support personnel who may not provide services. This article discusses the key groups of human resources - doctors and paramedics, including nurses, midwives and paramedics, the problems of staffing the health care system.

The main burden of morbidity in our country is related to non-communicable diseases and risk behavior, which necessitates the use of primary care physicians and nurses and the expansion of their functions. Currently, the maximum number of mid-level resources is at the level of specialized care. The expansion of the role of primary health care is in line with the national primary care reform in Ukraine. In addition, national concepts of emergency care, noncommunicable diseases, mental and public health constitute a number of additional functional responsibilities for physicians, and the level of adequacy of their knowledge and skills to perform such functional responsibilities is not defined.

An analysis of the state of the health care sector in Ukraine since independence should be conducted in order to determine the directions of reforming the health care system. The main factor in its deterioration is the lack of effective steps during this period to adapt the system to market conditions. The state is not able to financially support the health care system in full, and compensation mechanisms and formation of financial pools have not been developed either in the state as a whole or on the ground. In addition, at the beginning of the existence of independent Ukraine, there was neither a single regulatory framework nor sufficient staffing for the decentralized development of the health care system.

Key words: human resources, medical staff, staffing issues, specialized care, WHO (World Healthcare Organization).

УДК 351.9: 336.14 (477)
DOI <https://doi.org/10.32843/rma2663-5240-2020.19.22>

Лебсєдєв А.О.

аспірант

Класичного приватного університету

Мета статті. Дослідити проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я та розглянути перспективи залучення соціальних працівників до роботи в закладах охорони здоров'я.

Постановка проблеми. Встановлено, що в Україні не здійснювалася національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема на лікарів та медичних сестер. Дуже низьким є рівень довіри населення до професійної компетентності медперсоналу. Згідно

з даними національних соціологічних досліджень, у 2019 р. вперше за останні п'ять років зріс рівень задоволеності державними медичними послугами. Рівень задоволеності медичними кадрами суттєво відрізняється за регіонами і спеціальностями. Проте у всіх регіонах задоволеність сімейними лікарями вища, ніж вузькопрофільними спеціалістами. Якість медичної допомоги оцінюється нижче, ніж задоволеність медичним персоналом. І в межах амбулаторної, і стаціонарної допомоги

основні аспекти незадоволеності – це переважно проблеми інфраструктури, а не медичного персоналу. Наразі триває використання архаїчної системи планування потреб галузі охорони здоров'я у кадрових ресурсах, виходячи з жорстких штатних нормативів. Має місце диспропорція кадрової структури лікарського корпусу, яка проявляється в надмірній спеціалізації лікарів з одночасним браком спеціалістів первинної ланки.

Виклад основного матеріалу. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я досліджували в своїх працях багато вітчизняних науковців: О. М. Іваницька, І. Б. Коліушко, С. П. Коломийцев, О. Б. Коротич.

Сучасна система охорони здоров'я перебуває у кризовому стані, що наочно підтверджується медико-демографічними показниками. Вона погано пристосована для того, щоб за нинішніх умов соціально-економічного розвитку країни належним чином реагувати на потреби населення. За роки незалежності ця чи не найважливіша складова сфери соціального захисту набула спонтанної деформації без належної адаптації до сучасних вимог та суспільних потреб. Не викликає сумніву те, що система охорони здоров'я в її сучасному стані потребує негайного реформування, точніше – заміни новою системою, яка була б здатна забезпечити належний рівень медичного обслуговування населення відповідно до вимог сьогодення.

Щодо освіти та професійного навчання, то кількість громадян України, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями, упродовж тривалого часу є сталою. Певне скорочення набору абітурієнтів внаслідок підвищення вимог до їхньої підготовки має місце з 2018 р., але воно не є критичним для системи охорони здоров'я. На сьогодні ліцензійні умови провадження освітньої діяльності не ставлять специфічних вимог до медичних ЗВО, що дає можливість останнім здійснювати підготовку лікарів, не маючи відповідної потужної клінічної бази.

Щороку зростає частка іноземних студентів, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями. У 2018 р. загальна кількість вступників-іноземців на основні медичні спеціальності вперше перевищила кількість вступників-громадян України.

Найчастіше медичні сестри здобувають освіту рівня молодшого спеціаліста в медичних училищах та коледжах і далі не продовжують навчання. Наразі вища освіта не є офіційною вимогою для працевлаштування на посаду медичної сестри.

Не передбачено проходження курсів спеціалізації для випускників освітнього ступеня

молодшого спеціаліста при працевлаштуванні у спеціалізовані і високоспеціалізовані служби закладів охорони здоров'я.

Основні виклики професійного розвитку українських лікарів: процедура вступу до інтернатури є досить бюрократизованою, непрозорою та неефективною щодо мотивації кадрів; клінічна ординатура має бути трансформована в лікарську резидентуру, проте нормативна база для початку функціонування резидентури ще не готова; нова система безперервного професійного розвитку не має гарантованого фінансування, витрати покладаються на лікарів; відсутні вимоги до провайдерів та змісту навчальних програм, а також не сформовано систему запобігання фальсифікаціям при проходженні заходів професійного розвитку.

Щодо ефективності використання кадрових ресурсів системи охорони здоров'я, то неефективне їх використання та нераціональне робоче навантаження є наслідком таких чинників, як: недотримання пацієнтами алгоритму переадресації між різними рівнями медичної допомоги, значні витрати часу на заповнення медичної документації та дублювання форм звітності [1].

У закладах охорони здоров'я бюджетного сектору аналіз робочого навантаження зазвичай відсутній або є номінальним. Відсутнє планування тривалості часу амбулаторної консультації залежно від очікуваної мети візиту.

В Україні не здійснювалася національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема на лікарів та медичних сестер. Дослідження методів управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я показало, що в закладах охорони здоров'я, які реорганізовано в комунальне некомерційне підприємство у межах медичної реформи, замість нормативного підходу відповідно до Єдиної тарифної сітки впроваджується договірна система оплати праці персоналу та посилюється роль колективного договору, яким визначаються форми і системи оплати праці, норми праці, розміри фінансових і нефінансових стимулів.

Адміністративні методи управління КРОЗ закріплено у статуті закладів охорони здоров'я, положенні про заклад охорони здоров'я та його структурні підрозділи, посадових інструкціях персоналу закладу охорони здоров'я і правилах внутрішнього трудового розпорядку.

У посадових інструкціях формально відображено питання кваліфікаційних вимог і компетенцій медичних працівників. Нормативні документи щодо посадових інструкцій обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медичних сестер.

Чинне нормативне регулювання закладів охорони здоров'я бюджетного сектору, які не пройшли реорганізацію в комунальне некомерційне підприємство, не дає можливості здійснювати планування та раціоналізацію кадрових ресурсів системи охорони здоров'я.

Щодо використання сучасних інформаційних технологій, то під час дослідження було встановлено, що в Україні законодавча база відносно інформаційних та комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я існує багато років, проте фактичний стан запровадження таких технологій у роботу медичних працівників досі є низьким через недостатній рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я.

Інформаційне забезпечення системи охорони здоров'я перебуває у процесі трансформації: у 2018 р. за підтримки Проєкту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» на національному рівні розроблено новий модуль інформаційної системи, який планується інтегрувати в загальнонаціональну інформаційну систему eHealth.

За результатами аналізу нормативного регулювання діяльності професійних медичних асоціацій в Україні можна стверджувати, що більшість функцій, які могли б виконувати представники професійної спільноти, перебувають на початковій стадії розвитку, а нормативна база потребує оновлення.

Нормативне регулювання питань формування позитивного іміджу певної медичної професії, просування її цінностей надає професійним медичним асоціаціям дуже широкі можливості.

Також значну роль відіграє відсутність компенсаторних механізмів при реалізації держзамовлення на підготовку спеціалістів. У країні існує система замовлення на підготовку медичних кадрів за рахунок держави. Проте на практиці ситуація складається так, що більшість фахівців, які були підготовлені за державні кошти для, наприклад, первинної ланки, працюють на вторинній, або в приватному секторі.

Проаналізуємо наслідки негативних тенденцій у сфері охорони здоров'я в Україні. Задекларовані в основі пострадянської системи принципи з часом втратили економічно обґрунтовані механізми їхнього забезпечення. Це призвело до розбалансованості фінансово-економічних, організаційних, нормативно-правових та профілактичних механізмів функціонування системи.

Вади механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я –це, зокрема: неефективність ресурсного забезпечення галузі; збільшення бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я в основному було пов'язане з необхідністю підвищення заробіт-

ної плати медичним працівникам та індексом інфляції; об'єктивного покращення забезпечення галузі не відбувається [3].

Рівень заробітних плат у медичній галузі залишається одним із найнижчих. Тож ані медичні працівники, ані пацієнти не відчують збільшення видатків на сферу охорони здоров'я. Основною причиною, на нашу думку, є те, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я, маючи статус «бюджетних установ», згідно з вимогами Бюджетного кодексу України, фінансуються за єдиним можливим для цих установ методом постатейного кошторису.

Попри збільшення питомої ваги видатків на оплату праці медичних працівників у загальних видатках, зростання середньої заробітної плати в охороні здоров'я залишається вкрай низьким. Низька оплата праці медичних працівників, відповідно, негативно впливає і на їхній соціальний захист. Надзвичайно актуальною для медичних працівників є проблема безпеки на робочому місці, адже рівень профзахворювань серед медиків досить високий. Фінансування заходів щодо охорони праці, що передбачене законодавством для медичної галузі і має становити не менше 0,2 % фонду заробітної плати, здійснюється, але при фактичних розрахунках, зважаючи на розмір самого фонду заробітної плати в охороні здоров'я.

За останні 20 років в охороні здоров'я України спостерігається тенденція щорічного скорочення кількості ліжок у медичних закладах, до яких, згідно з чинним законодавством, безпосередньо прив'язана кількість ставок медичних працівників, а отже й кількість зайнятих у галузі медиків. У той же час збільшується кількість лікарів, які випускаються вищими медичними навчальними закладами [4].

Правовідносини у сфері охорони здоров'я регламентуються і регулюються досить великою законодавчою базою, а саме: Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, нормативними наказами Міністерства охорони здоров'я України, які реєструються в Міністерстві юстиції України, а також національними і державними, комплексними і цільовими програмами щодо актуальних проблем охорони здоров'я, затвердженими указами Президента України або постановами Кабінету Міністрів України. При цьому в країні відсутнє законодавче забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників.

Висновок. Українська система охорони здоров'я характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю та деформова-

ністю структури медичних послуг. Це сприяє загостренню проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи, та вимагає реформування системи охорони здоров'я так, щоб, з одного боку, забезпечити зростаючий попит населення у медичній допомозі, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я. Зазначене потребує радикального перегляду та реформування державної політики у сфері охорони здоров'я, особливо в таких питаннях як бюджетування охорони здоров'я, раціональне використання наявної інфраструктури, переорієнтація охорони здоров'я на профілактичний напрям тощо.

При цьому важливими складовими запровадження системних змін є партнерство між закладами охорони здоров'я, освіти, фінансовими посередниками тощо в усіх аспектах реформування, у тому числі фінансово-економічному, організаційному, нормативно-правовому та профілактичному, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, впровадження моніторингу зрушень, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства про напрями і шляхи реформування та забезпечення відкритості системи охорони здоров'я.

Підготовка лікарів та середнього медичного персоналу в Україні – прерогатива держави, яка повинна суворо регламентувати процес підготовки кадрів для сфери охорони здоров'я

і регулювати кількість відповідних спеціалістів для задоволення потреб у них всієї мережі охорони здоров'я.

Все вищенаведене не залишилось поза увагою МОЗ України, експертів, науковців, медичної спільноти. До того ж майже кожна з вищенаведених проблем тією чи іншою мірою неодноразово розглядалась як на державному, так і на міжнародному рівнях. Протягом усього періоду незалежності України відбувались спроби реформування медичної галузі, але вони переважно мали безсистемний та фрагментарний характер.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.

Зіменковський А. Б. Медична інформація як об'єкт стандартизації на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я України. *Вісник наукових досліджень*. 2003. № 4. С. 8–10.

Лебедєв А. О. Умови та завдання проведення структурних реформ державного сектора охорони здоров'я. *Університетські наукові записки*. 2017. № 4 (64). С. 58–63.

Нижник Н. Проблеми управління охороною здоров'я України. *Український медичний вісник*. 1997. № 2–3. С. 40–41.

Радиш Я. Ф. Рівень здоров'я громадян України як інтегральний показник соціальної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я. *Вісник УАДУ*. 2002. № 3. С. 306–314.

Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ : Сфера, 2005. 272 с.