УДК 614.2.007(477)

Г.О. Слабкий

Проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України

Головний редактор

Незважаючи на заяви керівників галузі про значний надлишок лікарів в Україні, статистичні дані вказують на те, що рівень забезпеченості фахівцями, які безпосередньо займаються лікувальною справою, є достовірно нижчим, ніж у провідних країнах Європи. І це на тлі медико-демографічної кризи в Україні та відсутності сучасних високотехнологічних, а відповідно, й високоефективних технологій медичної допомоги. У країнах Європи зареєстровано такий рівень забезпеченості лікарями (без урахування керівників закладів та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів тощо): Норвегія – 41,6 на 10 тис. населення; Швеція – 37,7; Болгарія – 37,3; Чехія – 36,7; Німеччина – 36,0; Італія – 34,9; Франція – 34,5; Велика Британія – 27,4. За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, середній показник у Європейському регіоні становить 32,2 (дані за 2014 рік). Аналогічний показник в Україні становить 24,9 на 10 тис. населення (2016 рік). При цьому маємо строкату регіональну статистику: м. Київ – 35, Івано-Франківська область – 33, Чернівецька – понад 31, Львівська – майже 31, Миколаївська – 21,7; Херсонська – 22,8; Кіровоградська – 24,5.

Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) в лікувальних закладах МОЗ України становить 78,6% (в обласних лікарнях – 84%, міських – 79%, ЦРЛ – 76%, сільських лікарських амбулаторіях – 69%). Різниця між штатними лікарськими посадами і фізичними особами – близько 35 тис. осіб, при тому, що майже 13 тис. посад обіймають сумісники. Особливо низька укомплектованість штатних посад лікарів у Луганській області – 58%, Донецькій – 64%, Миколаївській – 69%, Київській – 75%, Запорізькій – 76%, Житомирській – 77%. Як можна забезпечити надання доступної та якісної медичної допомоги, якщо, наприклад, рівень укомплектованості штатних посад в обласній клінічній лікарні Донецької області ледь перевищує 23%, Миколаївської – 56%, в обласних дитячих лікарнях Луганської та Миколаївської областей – 27 і 57% відповідно, навіть у Київській обласній – 60%? Що вже говорити про районні лікарні. Так, у Луганській області показник укомплектованості штатних посад ледь перевищує 52%, Херсонській – 63%, Запорізькій – 65%, Чернігівській – 68%.

Критичним є рівень укомплектованості штатних посад лікарів за такими спеціальностями: лікарі-лаборанти – 28%, бактеріологи – близько 45%, патологоанатоми – майже 54%, судові психіатри-експерти – майже 55%, лікарі-імунологи – 60%, психотерапевти – 64%, лікарі-ендоскопісти – 66%, лікарі функціональної діагностики – 68%, наркологи – близько 70%, анестезіологи – 72%, серцево-судинні хірурги – 73%, рентгенологи – 73%.

Переглянувши таку статистику, хочеться запитати: де ж зайві лікарі? Хіба що в західних областях виникає певний надлишок кадрів: там лікарі іноді працюють на 0,5 ставки, оскільки змінювати місце проживання вони не бажають.

На кінець 2016 року в Україні залишалися вакантними майже 22 тис. лікарських посад (і не лише сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів, фтизіатрів, але й хірургів, анестезіологів). При цьому частка осіб пенсійного віку серед лікарів становить 24%.

Укомплектованість штатних посад фізичними особами молодших спеціалістів з медичною освітою становить майже 95% (у лікувальних закладах – майже 87%). Однак при цьому потрібно врахувати «нецивілізоване» співвідношення між лікарями і середніми медичними працівниками (в Україні воно становить 1:2,1, що не може забезпечити повноцінного медичного догляду за хворими в закладах охорони здоров'я). За даними ВООЗ, оптимальним є співвідношення 1:4 – саме такий показник у Канаді й США, хоча можемо «втішитися» тим, що в Мексиці, Перу, Сальвадорі й Чилі на одного лікаря взагалі припадає менше однієї медичної сестри.

Наразі в Україні не вистачає майже 100 тис. медсестер. І заповнити цю прогалину поки що неможливо, особливо в «тяжких» відділеннях. Можна лише уявити героїнь, які погодяться працювати в реанімації, де на 4 лікарі – 1 медсестра, котра обслуговує хворих, що перебувають на апаратах штучного дихання. При цьому заробітна плата фахової медсестри в Україні у 7–8 разів нижча, ніж у сусідній Польщі, де, крім того, медичні працівники мають достойний соціальний пакет і забезпечені житлом.

Нині в закладах охорони здоров'я активно впроваджуються засади сімейної медицини. Наводимо дані щодо наявності посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх зайнятість у 2016 році (табл. 1).

Таблиця 1

Посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх зайнятість у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Штатні посади	Зайняті посади	Фізичні особи на зайнятих посадах	Різниця між штатними та зайнятими посадами	Різниця між штатними посадами і фізичними особами	% укомплектованості штатних посад з урахуванням суміснництва	% укомплектованості штатних посад фізичними особами
Україна	**18 719,25**	**15 976,75**	**13696**	**2 742,50**	**5 023,25**	**85,35**	**73,17**
Вінницька	1 143,50	920,75	819	222,75	324,50	80,52	71,62
Волинська	504,25	452,00	384	52,25	120,25	89,64	76,15
Дніпропетровська	1 821,75	1 597,25	1350	224,50	471,75	87,68	74,10
Донецька	816,00	612,50	510	203,50	306,00	75,06	62,50
Житомирська	775,00	685,25	561	89,75	214,00	88,42	72,39
Закарпатська	713,00	665,75	637	47,25	76,00	93,37	89,34
Запорізька	855,00	744,00	623	111,00	232,00	87,02	72,87
Івано-Франківська	464,75	425,25	400	39,50	64,75	91,50	86,07
Київська	836,00	703,50	592	132,50	244,00	84,15	70,81
Кіровоградська	426,50	325,25	253	101,25	173,50	76,26	59,32
Луганська	229,50	179,25	150	50,25	79,50	78,10	65,36
Львівська	994,50	963,25	921	31,25	73,50	96,86	92,61
Миколаївська	600,00	474,50	377	125,50	223,00	79,08	62,83
Одеська	1 453,25	1 156,50	981	296,75	472,25	79,58	67,50
Полтавська	892,00	720,50	598	171,50	294,00	80,77	67,04
Рівненська	412,25	377,50	339	34,75	73,25	91,57	82,23
Сумська	427,00	377,50	320	49,50	107,00	88,41	74,94
Тернопільська	645,50	568,75	529	76,75	116,50	88,11	81,95
Харківська	1 001,00	863,75	716	137,25	285,00	86,29	71,53
Херсонська	417,25	305,75	224	111,50	193,25	73,28	53,68
Хмельницька	603,25	535,50	480	67,75	123,25	88,77	79,57
Черкаська	598,00	503,00	398	95,00	200,00	84,11	66,56
Чернівецька	480,25	443,00	374	37,25	106,25	92,24	77,88
Чернігівська	478,00	395,50	321	82,50	157,00	82,74	67,15
м. Київ	1 131,75	981,00	839	150,75	292,75	86,68	74,13

Лави сімейних лікарів із кожним роком зростають. Порівняно з 2013 роком показник забезпеченості такими фахівцями збільшився: з 2,7 на 10 тис. населення до 3,4 у 2016 році (найбільшими успіхами можуть похвалитися Вінниччина, Закарпаття, Чернівецька та Тернопільська області – понад 5).

Однак укомплектованість сільських лікарських амбулаторій лікарями (фізичними особами) не досягає 70%, при цьому кількість сільських лікарських амбулаторій, в яких жодна посада не заміщена лікарем, має певні коливання, але за останні три роки має тенденцію до збільшення і в 2016 році становить 484 амбулаторії. Це значить, що більше ніж півмільйона населення країни залишилося без первинної медичної допомоги. Найбільша кількість таких амбулаторій існує в Донецькій (93), Полтавській (66), Дніпропетровській (39), Харківський (33), Одеській (32) областях. При цьому необхідно зазначити, що в обласних центрах даних регіонів функціонують вищі медичні навчальні заклади IV рівня акредитації.

Глибинними причинами ситуації, що склалася із забезпеченням сільського населення сімейними лікарями являються низький рівень заробітної плати практично при ненормованому робочому дні, відсутність умов для якісного виконання професійних умов, незабезпеченість житлом, відсутність умов для професійного зростання та професійного росту, мінімальні умови для культурного дозвілля.

Підтвердженням вказаного є те, що не забезпечено житлом 105 медичних працівників первинної ланки медичної допомоги у Дніпропетровській, по 91 в Івано-

Франківській та Херсонській, 33 у Запорізькій областях. Подібна ситуація склалася в інших областях.

Значна кількість будівель, у яких розташовано заклади первинної медичної допомоги, потребує капітального ремонту. Таких закладів у Дніпропетровській області – 97, Закарпатській – 72, Запорізькій – 113, Тернопільській – 60, Харківській – 210.

Відмічається незадовільний рівень забезпеченості первинної ланки медичної допомоги санітарним автотранспортом. Так, у Дніпропетровській області заклади первинної медичної допомоги забезпечені санітарним автотранспортом на 68,0% від потреби, у Закарпатській – на 32,0%, Запорізькій – на 44,0%, Сумській – на 43,5%, Харківській – на 47,9%, Черкаській – на 35,4%. При чому біля половини існуючого складу санітарного автотранспорту експлуатується понад вісім років.

На низький рівень можливостей сімейних лікарів надавати якісну та ефективну ПМД відповідно до затверджених компетенцій вказує й те, що в країні майже відсутні заклади первинної ланки, укомплектовані обладнанням та засобами медичного призначення відповідно до затверджених МОЗ України табелів оснащення – галузевого стандарту.

Так само у понад 700 ФАПах немає жодного молодшого спеціаліста з медичною освітою. З точки зору доказового менеджменту такий стан речей не дає змоги забезпечити доступну та якісну первинну медичну допомогу всьому населенню – понад півмільйона громадян країни позбавлені можливості її отримати.

Чому сімейні лікарі не поспішають у «глибинку» – зрозуміло всім. А чи знають керманичі галузі, як виправити ситуацію?

У країнах Середньої Азії подібні проблеми вирішують двома шляхами: на державному рівні створюють соціально-економічні умови для утримання медичних працівників на селі або ж організовують їх роботу в «непрестижних» місцях вахтовим методом. Мабуть, третього не дано. Особливо після відміни державного розподілу випускників медичних вишів, які навчалися за бюджетні кошти. Нехай тепер держава думає, куди вона витратила ці кошти і хто їх відпрацює на селі.

Негативно позначиться на забезпеченні первинної ланки (особливо на селі) медичними кадрами ще одна, в цілому позитивна новація – «перетворення» сімейних лікарів на фізичних осіб-підприємців. Адже після цього на них звалиться ведення економічно-господарської діяльності та бухгалтерського обліку і звітності, до чого вони не готові. І їх цього ніхто не навчає. Їм доведеться сплачувати низку податків, утримувати амбулаторію й автотранспорт, проводити закупівлю засобів медичного призначення, дезінфекційних засобів і ліків для надання невідкладної медичної допомоги, оплачувати адміністративні витрати, курси підвищення кваліфікації, виплачувати заробітну плату молодшому та середньому медичному персоналу і водію (якщо спроможуться на автотранспорт). Порахувавши «сухий залишок» при задекларованому рівні фінансування первинки, багато лікарів, особливо старшого віку, узагалі підуть із галузі. Хто їх замінить?

Хоча сама по собі згадана новація є позитивною, однак, як завжди, проблема в тому, що не враховуються життєві реалії та контекст реалізації ідеї. На жаль, така доля може спіткати і рішення щодо зміни фінансування національної системи охорони здоров'я. Урядом прийнято кілька розпоряджень, в яких сформовані стратегічні напрямки розбудови фінансової системи. Зокрема, вони стосуються впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, механізму співфінансування надання медичних послуг пацієнтами шляхом прямої оплати чи через механізм добровільного медичного страхування, утворення єдиного національного замовника медичних послуг як окремого центрального органу виконавчої влади, створення нових можливостей для реалізації місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я, автономізації постачальників медичної допомоги, запровадження ефективних методів оплати різних видів медичної допомоги та контрактування (перехід від пасивних до активних закупівель) тощо.

У цілому позитивний крок з автономізації закладів охорони здоров'я може бути дискредитований тим, що держава не вирішила дуже важливого завдання: змінивши свій юридичний статус і ставши неприбутковими некомерційними підприємствами, заклади охорони здоров'я вимушені будуть сплачувати всі податки, оскільки вже багато років поспіль до державних реєстраційних статистичних форм не вносяться відповідні зміни.

Невтішні реалії сьогодення – міграція лікарів на роботу за кордон (зазвичай туди виїздять кваліфіковані спеціалісти) та не менш загрозливі перспективи (через значну частку осіб пенсійного віку серед практикуючих лікарів, яка в деяких областях становить третину загальної кількості спеціалістів) – можуть призвести до кадрової кризи в галузі, особливо її первинної ланки (табл. 2).

У даній ситуації, після відміни державного розподілу й за відсутності реєстру вакансій і фонду заробітної плати в медичних закладах, молодим лікарям важко влаштуватися на роботу. А «закривати» амбразури державної недбалості щодо медицини за існуючої перспективи влаштуватися на роботу за кордоном уже ніхто не хоче.

До речі, МОЗ має у своєму розпорядженні галузевий кадровий реєстр, дані якого практично недоступні навіть для організаторів охорони здоров'я! Тому за бажання на його основі можна розробити міжвідомчий реєстр вакантних посад у системі охорони здоров'я і зрештою зробити його загальнодоступним.

Усі ці аспекти мають бути враховані в майбутньому пошуку резервів з підготовки медичних кадрів. Нині «оголошено війну» поганій якості підготовки та низькій кваліфікації українських лікарів. На це спрямована й ініціатива МОЗ підвищити прохідний бал для абітурієнтів. Ніхто не проти реалізації такої ідеї.

Таблиця 2

Кількість та питома вага працюючих пенсіонерів – лікарів і середнього медичного персоналу в загальній чисельності лікарів і середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Пенсіонери			
	лікарі		середній медичний персонал	
	кількість осіб	% до лікарів – фізичних осіб	кількість осіб	% до СМП фізичних осіб
Україна	**36 522**	**26,2**	**40915**	**12,6**
Область				
Вінницька	1381	24,1	1238	8,3
Волинська	880	25,0	1176	11,5
Дніпропетровська	3062	27,6	3507	14,8
Донецька	1777	33,9	2514	18,0
Житомирська	1069	25,4	1180	9,5
Закарпатська	1111	25,7	838	8,3
Запорізька	1712	26,7	2032	14,0
Івано-Франківська	1412	22,2	1402	10.0
Київська	1647	28.0	2104	15,9
Кіровоградська	990	32,7	998	11,4
Луганська	614	32,6	472	9,1
Львівська	2841	25,3	3588	15,2
Миколаївська	1023	31,6	1236	17,1
Одеська	2259	28,8	2737	19,2
Полтавська	1332	24,3	1307	10,1
Рівненська	976	23,0	1005	8,7
Сумська	908	23,3	823	7,5
Тернопільська	1150	25,9	1088	9,9
Харківська	2324	23,0	3015	15,0
Херсонська	987	30,5	978	11,5
Хмельницька	1278	27,6	1234	10,2
Черкаська	1356	32,6	1344	11,9
Чернівецька	777	28,2	653	7,7
Чернігівська	1006	28,2	1072	10,4
м. Київ	2650	22,7	3374	18,4

Однак проблема не стільки в низькому «стартовому потенціалі» майбутнього лікаря, скільки у відсутності можливості набути сучасні знання й практичні навички і головне – постійно застосовувати їх на практиці. Проведені за нашою участю дослідження закладів охорони здоров'я вторинного рівня підтвердили відсутність умов для надання якісної медичної допомоги навіть хворим у критичних станах. Лікарі не мають можливості виконувати клінічні протоколи через відсутність необхідного обладнання чи витратних матеріалів, проблеми з організацією робочого процесу тощо. Наприклад, на вторинному рівні нереально дотриматися «золотого стандарту» лікування інсультів, тому знання та вміння лікарів тут особливої погоди не зроблять. Подібні проблеми потребують комплексних рішень. Зрештою, як і питання визначення потреби в кадрах. Бо говорити про те, що у нас «зайві лікарі», і нехай краще їх буде менше та кращі, – це одне, а забезпечити реальну потребу в них і високу якість підготовки – зовсім інше.

На сьогодні в системі охорони здоров'я України не визначено обґрунтованої потреби в медичних кадрах, і тому заяви чиновників про надлишок медичних кадрів є декларативними і бездоказовими. До того ж вони не враховують об'єктивної медико-демографічної ситуації в державі, а порівняння кадрового забезпечення з іншими країнами проводиться некоректно (там до статистичних даних не вносять адміністративний ресурс, в Україні ж рахують усіх, хто працює в галузі). Зрозуміло, що забезпечити ефективне державне замовлення на підготовку медичних кадрів без урахування реальних потреб неможливо. А це надзвичайно складний,

трудомісткий і фінансово затратний процес, який потребує об'єктивної картини щодо стану здоров'я населення, проведення хронометражних досліджень, розрахунку реальної потреби в діагностичній, консультативній, профілактичній, амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній, плановій, невідкладній і екстреній медичній допомозі тощо. Наразі такі дані відсутні, а МОЗ України не поспішає замовляти подібні дослідження. Використовувати ж статистичні звіти щодо стану здоров'я населення під час будь-яких розрахунків у галузі охорони здоров'я можна лише умовно. Адже вони ґрунтуються на даних звернень населення по медичну допомогу і не є об'єктивними – останнім часом збідніле населення дедалі частіше відкладає звернення до лікарів навіть в ургентних станах, що статистично відображає зниження рівня захворюваності та поширеності хвороб, а отже, й покращення здоров'я населення. У це ніхто навіть не вірить, тож чи можна на основі такої статистики ухвалювати відповідальні рішення?

З відміною наказу МОЗ України № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» медичні заклади не отримали методологію формування штатного розпису, а головні лікарі не мають механізму визначення потреби в медичних кадрах. Методики розрахунку потреб закладів охорони здоров'я також не затверджені, тому скасований наказ фактично використовують донині.

Повертаючись до «вступних баталій», погоджуся з тим, що вимоги до абітурієнтів потрібно підвищити. Це стосується і вступу за держзамовленням, і контрактників. Низький рівень базових знань не дає змоги студентам оволодіти складною програмою підготовки лікарів, яку, до речі, також необхідно змінювати і розробляти відповідно до сучасних досягнень медичної науки та кращої практики. Також потрібно всіляко сприяти вступу до медичних вишів IV рівня акредитації випускників медичних коледжів, адже це найбільш професійно мотивовані студенти (на сьогодні їм складно потрапити до лав студентів медичних вишів). Однак, враховуючи кризову кадрову ситуацію в галузі, недопустимо зменшувати кількість студентів-медиків. Інша річ, що необхідно розробити і застосувати механізми їх утримання в системі, бо випускників у нас достатньо, а кадрова ніша галузі не заповнена. Не останню роль у цьому відіграє зниження престижу професії медичного працівника – знову ж таки через рівень оплати праці (табл. 3), який незіставний з терміном підготовки спеціаліста, напруженістю й інтенсивністю роботи, високою відповідальністю, незадовільними умовами праці, слабкою системою соціального захисту тощо.

Таблиця 3

Динаміка середньомісячної заробітної плати за видами економічної діяльності у 2010–2016 рр. у розрахунку на одного штатного працівника, грн/дол. США

Вид діяльності	Рік						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Промисловість, грн	2584	3123	3500	4115	3988	4791	5910
дол. США	325	392	438	515	335	200	217
Освіта, грн	1893	2087	2527	2918	2724	3132	3787
дол. США	238	262	316	365	229	131	139
Охорона здоров'я та соціальна допомога, усього, грн	1633	1780	2201	2726	2441	2853	3368
дол. США	206	223	275	341	205	119	124
лікарі, грн	2618	2658	3632	3573	3442	3814	4860
дол. США	330	334	455	447	289	159	179
молодші спеціалісти з медичною освітою, грн	1775	1817	2516	2413	2394	2720	3378
дол. США	224	228	315	302	201	113	124
Співвідношення заробітної плати (разу)							
у промисловості до охорони здоров'я	1,75	1,59	1,51	1,63	1,41	1,68	1,75

Узагалі ж ВООЗ розробила низку технічних інструментів і керівних принципів для оцінки кадрових ресурсів охорони здоров'я, які рекомендовано використовувати під час планування і розроблення кадрової стратегії. Ще у 2008 р. Україні запропонували здійснити таку оцінку (за технічної підтримки ВООЗ) та розробити стратегію розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я. Однак донині цього не зроблено. Вочевидь, очільники галузі всіх каденцій не бажають ефективно вирішувати кадрові проблеми. А на сьогодні є нагальним питанням розробка стратегічної програми розвитку кадрової політики в охороні здоров'я країни.