

ПРОБЛЕМИ ВІДТВОРЕННЯ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНОЇ КОМПОНЕНТИ ЯКОСТІ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ

Стаття присвячена визначенню проблем відтворення медико-біологічної компоненти якості трудового потенціалу України. Звертається увага на те, що вагоме значення в удосконаленні цього процесу мають відіграти реформи в галузі охорони здоров'я України в цілому. Першорядною задачею для активізації потенціалу медичних працівників є забезпечення відтворювальної та стимулюючої функції заробітної плати в цій сфері.

Статья посвящена определению проблем воспроизводства медико-биологической компоненты качества трудового потенциала Украины. Обращается внимание на то, что весомое значение в усовершенствовании этого процесса должны сыграть реформы в отрасли здравоохранения Украины в целом. Первостепенной задачей для активизации потенциала медицинских работников является обеспечение воспроизводственной и стимулирующей функций заработной платы в этой сфере.

The article is sanctified to determination of reproduction problems for biomedical component of labour potential quality in Ukraine. Attention applies to ponderable value of reforms in the health care in Ukraine generally, which must play the main role in improvement of this process. A major task for medical workers potential activation is providing reproduction and stimulant functions of salary in this sphere.

Ключові слова. Медико-біологічна компонента трудового потенціалу, стимулювання медичних працівників, охорона здоров'я, трудовий потенціал.

Ключевые слова. Медико-биологическая компонента трудового потенциала, стимулирование медицинских работников, здравоохранение, трудовой потенциал.

Key words. Biomedical component of labour potential, stimulation of medical workers, health protection, labour potential.

Вступ. Збереження тенденції природного скорочення чисельності населення України, високого рівня захворюваності на такі небезпечні хвороби, як ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатит, онкологічні, серцево-судинні та інші захворювання спричинюють звуження демографічної бази відтворення трудового потенціалу та свідчать про неефективну державну соціальну політику, передусім у галузі охорони здоров'я. Відповідно негативних змін зазнають також і якісні компоненти трудового потенціалу, зокрема природно-біологічна, в тому числі стан здоров'я населення, статеві-вікові характеристики, тенденції демографічного розвитку.

Слід відзначити, що сучасний стан справ у сфері охорони здоров'я пов'язаний у першу чергу з украї складною економічною ситуацією у державі, що зумовила різке падіння рівня життя та добробуту населення. Водночас важливу роль у цьому процесі відіграє й недосконала з управлінської та економічної точки зору успадкована від колишнього СРСР модель системи прийняття політичних рішень у галузі охорони здоров'я, що за нових економічних умов виявилася малоефективною і зумовила зменшення доступності медичної допомоги для широких верств населення, різке погіршення якості медичних послуг при недостатній орієнтації на профілактику захворювань. Вирішення даних проблем є можливим через здійснення комплексу заходів у рамках фінансово-бюджетної, соціальної, демографічної політики країни та реалізацію виважених підходів до реформування галузі охорони здоров'я з урахуванням прогресивного міжнародного досвіду. Останнє є надзвичайно актуальним з огляду на проголошений Україною в якості стратегічного курсу щодо інтеграції у Європейське Співтовариство.

Слід акцентувати увагу на тому, що нормативно-правові передумови для реформування галузі охорони здоров'я були закладені ще 10—20 років тому, однак вони досі не набули повної реалізації. Так, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.) визначає, що держава сприяє розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності, а фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та інших джерел [2], Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» (2000 р.) визначаються ліцензійні умови провадження та процедура ліцензування господарської

діяльності з медичної практики [3], відповідною Постановою Кабінету Міністрів України (1996 р.) визначено перелік платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я [5], Наказом МОЗ України (2000 р.) затверджено план поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [4] та ін.

Водночас ще й дотепер реформа охорони здоров'я в Україні практично не реалізована, не зважаючи на значну кількість рекомендацій експертів, проектів запровадження медичного страхування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням відтворення трудового потенціалу присвятили свої праці українські та закордонні науковці, зокрема, Бондар І. К., Врублевський В. К., Гольдін М. І., Кім М. Н., Костаков В. Г., Костів В. Я., Кравченко І. С., Краснов Ю. М., Лібанова Е. М., Лич В. М., Лукінов І. І., Масло-ва І. С., Оленцевич Н. В., Онікієнко В. В., Панкратов А. С., Попов А., Сембер С. В., Сергєєва Г. П., Скаржинський М. І., Трубич С. Ю., Чижова Л. С., Чухно А. А. Бектуров С. І., Богиня Д. П., Васильченко В. С., Гриненко А. М., Грішнова О. А., Долішній М. І., Злупко С. М., Керб Л. П., Пірожков С. І., Піскунов В. П., Пітю-лич М. І., Тітова Н. А., Шевчук Л. Т. окремо розглядали ще й якість трудового потенціалу, її компоненти, а також фактори, що впливають на трудовий потенціал. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу розглядалися в працях Шевчук Л. Т.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Водночас дослідження питання відтворення трудового потенціалу в розрізі окремих його складових, зокрема медико-біологічної компоненти, торкається широкого кола питань як на рівні державного регулювання, в т.ч. регіональних аспектів, так і на рівні окремих закладів охорони здоров'я, та потребує подальшого більш глибокого дослідження.

Постановка завдання. Метою статті є визначення основних проблем і сучасних тенденцій відтворення медико-біологічної компоненти якості трудового потенціалу та розробка пропозицій щодо удосконалення механізму управління цим процесом як на макро-, так і на мікрорівні.

Результати дослідження. Аналіз статистичних даних показує, що в Україні продовжують наростати негативні тенденції в динаміці здоров'я та медико-демографічних процесах. Зростання загальної та вікової смертності на фоні зниження народжуваності призводить до негативних демографічних наслідків. Так, чисельність наявного населення в Україні на 1 березня 2013 р. становила 45 529,4 тис. осіб. Упродовж п'яти останніх років цей показник скоротився на 590,7 тис. осіб. У 2013 р. природне скорочення спостерігалось у 24 регіонах країни, і тільки в м. Києві, Рівненській і Закарпатській областях зареєстровано природний приріст населення (відповідно 362, 348 і 308 осіб). Залишається суттєвим перевищення кількості померлих над кількістю живонароджених: на 100 померлих — 71 народжений [6].

Стан захворюваності населення з року в рік погіршується. Так, порівняно з 1990 р. українці на 30 % частіше страждають від хвороб новоутворень, удвічі частіше від хвороб системи кровообігу, сечостатевої системи [1]. В Україні склалась негативна санітарно-епідеміологічна ситуація щодо захворюваності на туберкульоз, ВІЛ/СНІД і гепатит. Так, кількість ВІЛ-інфікованих, що перебували на обліку в медичних закладах, на кінець 2011 року становила 120 249 осіб або 264,6 особи на 100 000 нас., що в 4 рази перевищує даний показник у 2000 р. (відповідно 30 692 та 63,1 особи).

Вирішення проблеми ВІЛ/СНІДу, як медико-біологічної проблеми може бути розв'язано завдяки впровадженню в системі охорони здоров'я України широкомасштабної антиретровірусної терапії. Так, з середини 2004 року (тобто протягом 3,5 років) широкомасштабної антиретровірусної терапії, в 2007 році у порівнянні з 2006 роком уперше вдалося знизити рівень захворюваності на СНІД (від + 45,0 % у 2004 р., +12,0 % у 2006 р. до - 3,8 % у 2007 р.). Однак в останні три роки має місце відновлення попередніх негативних тенденцій, що обумовлено переважно погіршенням фінансування даних статей. Відтак, підтверджуються дані світового досвіду, що лише через 2—3 роки після впровадження антиретровірусної терапії, можна очікувати зниження захворюваності на СНІД і смертності від захворювань, обумовлених СНІДом.

Отже, ефективна політична підтримка протидії поширення епідемії ВІЛ-інфекції має насамперед полягати в налагодженні управління, координації та моніторингу за виконанням програм у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Негативною є також тенденція поширення захворюваності на активний туберкульоз. Так кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом у 2011 р. становила 30 659 осіб або

67,3 осіб на 100 000 населення, що на 11 % більше, ніж в 2000 р (29 753 та 60,4 осіб). Неабияку роль у поширенні даного захворювання відіграє розформування стаціонарних закладів даного профілю та переведення їх на режим денного стаціонару.

Слід відзначити, що лікування від туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та гепатиту вимагає значних фінансових коштів. Призупинення ж лікування внаслідок порушення схеми лікування (недоступність ліків внаслідок затримок при проведенні тендерів на державні закупівлі, проблеми з реєстрацією лікарських засобів, брак коштів у пацієнтів у разі недофінансування) призводить до утворення антибіотикостійких штамів вірусів (бактерій) і робить необхідним повторне лікування вже ускладнених інфекцій.

Слід відзначити, що в Україні видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я практично не зростають, а у 2011 р. вони навіть знизились на 10,8 % порівняно з попереднім роком та становили 3,7 % до ВВП, та є практично найнижчими серед країн Європи [1, с. 3].

Отже, за відсутності реформ система охорони здоров'я не здатна забезпечити населення на належному рівні загальнодоступною та висококваліфікованою допомогою у зв'язку із все зростаючим дефіцитом матеріальних та фінансових ресурсів, обладнання, медикаментів, сучасних технологій і підготовлених відповідно до сучасних потреб кадрів.

Ще однією нагальною проблемою у сфері охорони здоров'я є вузька спеціалізація медичних кадрів, яка збереглася з радянських часів, вимагає збільшення чисельності лікарів первинної ланки, що дасть можливість переорієнтувати охорону здоров'я з лікування на профілактику. Водночас у багатьох європейських країнах частка лікарів первинної ланки (сімейних лікарів, терапевтів) перевищує 40 % від загальної кількості лікарів (у Франції вона сягає 54 %), а в українській охороні здоров'я частка фахівців первинної ланки становить близько 15 %, причому чисельність сімейних лікарів балансує в межах кількох відсотків.

Вітчизняна вища медична школа орієнтована на збереження вищих навчальних закладів III—IV рівня акредитації за рахунок скорочення обсягів підготовки молодших медичних спеціалістів, що поглиблює дисбаланс у сфері формування і використання медичних кадрів. Усі ці чинники негативно позначаються на якості догляду за хворими в лікувальних закладах і в цілому на реалізації державних медичних програм. Подолання кадрового дисбалансу потребує збільшення частки молодших спеціалістів у структурі робочої сили галузі.

Розглянемо тепер проблеми управління лікувально-профілактичними закладами на мікрорівні. Дослідження стану кадрового забезпечення цих закладів свідчить про досить високий рівень забезпеченості населення лікарями усіх спеціальностей: 49,9 осіб на 10 000 населення у 2011 р., що на 3,7 осіб більше, ніж у 2000 р., кількість середнього медичного персоналу в 2011 р. становила 101 проти 110,3 у 2000 р. [1, с. 4]. Слід відзначити, що кадровий дисбаланс у співвідношенні працюючих лікарів і медсестер у державних закладах охорони здоров'я продовжує поглиблюватися, що зумовлено наявністю низки нерозв'язаних проблем, таких як злиденна заробітна плата середніх і молодших медичних працівників, незадовільна організація їх праці, нестача кваліфікованих медичних адміністраторів, зверхнє ставлення лікарів до середнього медичного персоналу, відсутність законодавства, яке підтримувало б цю професію.

Щодо молодшого медперсоналу, то тут ситуація іще гірше: рівень укомплектованості становить 90 %, а співвідношення кількості фізичних осіб та кількості посад становить 0,79, тобто роботу п'ятої частини молодшого медперсоналу виконують їх колеги або середній медичний персонал. Усе це не може спонукати до підвищення рівня задоволеності роботою, що і підтвердилось результатами проведеного опитування. Водночас сучасні вимоги до молодших медичних спеціалістів передбачають формування якісно нового рівня професіоналізму, компетентності, загальної культури, творчої ініціативи і правових знань у середніх медичних працівників.

Для вдосконалення діяльності персоналу закладів охорони здоров'я, скорочення рівня плінності кадрового складу необхідно терміново розглянути питання про підвищення рівня оплати праці в цій сфері як пріоритетній для розвитку держави. Так, абсолютний розмір середньомісячної номінальної заробітної плати працівників охорони здоров'я у 2012 р. становив 67,2 % середнього рівня по економіці або 13,36 грн за годину. Заробітна плата, нарахована в середньому штатному медичному працівнику, становила у 2012 р. 2090 грн, що є досить низьким показником у порівнянні з іншими галузями економіки [6].

Водночас головні лікарі не мають повноважень на вирішення питання підвищення оплати праці внаслідок обмежень, що накладаються чинним законодавством. Передача коштів через

районні бюджети призводить до затримки заробітної плати, знижує можливість розподілу коштів спец фондів закладів на різні потреби закладів.

Покращенню стану матеріального стимулювання мала б сприяти Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» від 17.05.96 р. № 1138 [5], якою встановлено досить великий перелік послуг, доходи від яких можуть бути використані для потреб закладу, в тому числі і преміювання. Разом з тим необхідно повернути можливість закладам оперувати коштами від оренди приміщень та обладнання, що закріплені на балансі, або знаходяться на території закладів.

Слід однак відзначити, що використання коштів, отриманих від надання населенню платних послуг, переважним чином іде на не оплату праці працівників, а на оновлення матеріальної бази лікувально-профілактичних закладів, закупівлю матеріалів для здійснення медичних послуг, а також покриття дефіциту коштів на утримання закладу внаслідок суттєвих інфляційних тенденцій і невідповідності виділених через казначейства бюджетних коштів і реальних потреб закладів. Взагалі остання проблема характерна практично для усіх бюджетних установ, адже їх кошторис затверджується на кінець звітного року, причому на рівні витрат цього ж року, а механізм перегляду затверджених кошторисів не напрацьований. У результаті цього бюджетні установи змушені самі шукати кошти для індексації заробітних плат працівників при зміні мінімальних соціальних стандартів впродовж поточного року, а також опікуватися питаннями виділення додаткових коштів для закупівлі запланованого обладнання та матеріалів.

Водночас упродовж останніх років зростання кількості перевірок і санкцій щодо головних лікарів закладів охорони здоров'я суттєво знизив ентузіазм цих керівників щодо активізації додаткових коштів для удосконалення діяльності закладів.

Отже, формування мотиваційної політики в закладах охорони здоров'я державної форми власності має певні особливості, зокрема жорстке обмеження фінансових ресурсів, нормативне регламентування щодо застосування заходів матеріального стимулювання. Усе це не дозволяє повною мірою включити в мотиваційний процес інші засоби мотивації морального або соціального характеру, які не діють повною мірою аж поки не будуть задоволені первинні потреби працюючих.

Висновки. Узагальнюючи викладене, відзначимо, що така несприятлива ситуація у галузі охорони здоров'я переважно зумовлена відсутністю зв'язку між якістю медичних послуг і видатками на її фінансування, а також відсутністю мотивації медичних кадрів до якісної праці; низьким рівнем профілактики у структурі медичних послуг; неефективним використанням бюджетних коштів на охорону здоров'я, практичною відсутністю медичного страхування та відповідно механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг; недовірою ринкового механізму на ринку медичних послуг; низькою самостійністю медичних закладів при використанні фінансових ресурсів.

Для підвищення якості та доступності медичних послуг необхідно забезпечити: запровадження обов'язкового соціального медичного страхування, що вимагає впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) надання медичної допомоги на засадах доказової медицини, розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг (assistance-центрів), підтримки розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до фінансових коштів страховиків на конкурсній основі.

У державному секторі необхідно здійснити перехід від бюджетного фінансування комунальних і державних лікувально-профілактичних установ на кошторисній основі до контрактної форми відносин між замовником і постачальником медичних послуг; формування національної системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги, виходячи з яких будуть фінансуватися медичні заклади, переходу від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів; покращення матеріально-технічного обладнання закладів охорони здоров'я: проведення інвентаризації і розроблення примірних табелів обладнання закладів охорони здоров'я; створення економічної мотивації для покращення якості медичних послуг, зокрема на основі зміни оплати праці працівників галузі охорони здоров'я за рахунок виділення двох складових: постійної (на основі єдиної тарифної сітки) та змінної — залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги; підвищення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів.

У механізмі вдосконалення системи управління закладом важливе місце має належати матеріальному стимулюванню праці, пошуку і впровадженню нових форм оплати праці, які б сприяли підвищенню ефективності і якості їх праці, можливості її реальної і об'єктивної оцінки, а також відпрацювання механізму диференційованого підходу до оплати праці медичних працівників. Основоположною ідеєю механізму стимулювання праці на основі оцінки є відмова від погодинної системи оплати і максимальне впровадження відрядної форми в різних модифікаціях. При цьому найважливішим і єдиним критерієм оцінки праці медичного працівника є стан здоров'я пацієнта після проведення відповідних медичних заходів.

Література

1. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році: Статистичний бюлетень. — К.: Державна служба статистики України, 2012. — 87 с.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. — 1993. — № 4.
3. Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 1 червня 2000 р. №1775-ІІІ // Відомості Верховної Ради України. — 2000. — № 36. — 299 с.
4. Наказ МОЗ України «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» від 11.09.2000 за № 214. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://uzakon.com/documents/date_1v/pg_ijnxwe.htm
5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» від 17 вересня 1996 р. № 1138 (із змінами та доповненнями). — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-p>
6. Про соціально-економічне становище України за січень–березень 2013 року // Державна служба статистики України, 2013. — 79 с. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/dopovidx/arh_dop2013.html
7. Шевчук Л. Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз та прогноз / Л. Т. Шевчук. — Львів, 2003. — 489 с.

Стаття надійшла до редакції 28.03.2013 р.