НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

КАДРОВА ПОЛІТИКА У РЕФОРМУВАННІ ВІТЧИЗНЯНОЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

аналітична доповідь

КИЇВ – 2012

За повного або часткового відтворення матеріалів даної публікації посилання на видання обов‘язкове

Автор:

Авраменко Т.П., канд. держ.упр.

Електронна версія: www.niss.gov.ua

Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров’я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. – К.: НІСД, 2012. – 35 с.

В доповіді розглянуто основні проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я в Україні. Запропоновано напрями вирішення вказаних проблем, виходячи з того, що ефективна кадрова політика є потужним інструментом забезпечення функціонування сфери охорони здоров’я.

© Національний інститут стратегічних досліджень, 2012

Зміст

Вступ ……... 4

1. Стан кадрових ресурсів охорони здоров'я − світові тенденції ……. 6

2. Стан кадрових ресурсів охорони здоров'я в Україні: …… 12

2.1. Структурна диспропорція в кадровому забезпеченні та основні ризики: ….. 12

2.1.1. Недостатнє забезпечення медичними кадрами …….… 12

2.1.2. Постаріння кадрового потенціалу ……..… 15

2.1.3. Диспропорція кадрового забезпечення …….….. 16

2.2. Зниження рівня кваліфікації кадрів …… 19

2.3. Слабкість механізмів державного регулювання кадрової політики в сфері охорони здоров'я в Україні: …… 20

2.3.1. Відсутність державної концепції кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні …….. 20

2.3.2. Недосконалі механізми контролю за виконанням процедури розприділення випускників вищих медичних закладів освіти, що навчались за державним замовленням та покарання за невиконанням процедури розподілу ……... 21

2.3.3. Недосконалі механізми відбору до медичних вузів ……... 22

2.3.4. Недосконала система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я ……. 23

2.3.5. Брак мотивації та зацікавленості у покращенні результатів власної діяльності …….. 25

2.3.6. Невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери ……..… 28

3. Основні напрями оптимізації кадрової політики в сфері охорони здоров'я в Україні: …… 30

3.1. Вдосконалення нормативно-правової бази кадрової політики …… 30

3.2. Вдосконалення механізмів планування …….. 31

3.3. Вдосконалення мотиваційної складової ……. 32

3.4. Вдосконалення якості підготовки медичних кадрів ……. 33

Висновки та рекомендації ……... 34

«Недостаток не в деньгах, а в людях и дарованиях делает слабым государство»
Вольтер

«Мы должны работать вместе с целью обеспечить доступ к услугам целеустремленного, квалифицированного и пользующегося поддержкой медико-санитарного работника для любого человека в любой деревне, где бы она ни находилась.»
Ли Чон-вук
Форум высокого уровня, Париж,
ноябрь 2005 г.

ВСТУП

Питання розвитку вітчизняної сфери охорони здоров’я є одними із ключових питань сучасної державної політики. Протягом останніх років проводяться визначені Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» (блок «Реформа медичного обслуговування»)[1] кроки щодо реформування системи медичного обслуговування населення. Головною метою реформ є поліпшення здоров’я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

Серед невідкладних завдань, що стоять перед вітчизняною системою охорони здоров’я, на перший план виступає вдосконалення кадрової політики. Кадровий потенціал є вагомішою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров’я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню.

Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Це підтверджують і міжнародні експерти, які зазначають, що для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих, цілеспрямованих і авторитетних працівників охорони здоров'я[2].

Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров’я в цілому. А стратегія вироблення кадрової політики повинна ґрунтуватися на реальних потребах медичної галузі.

Важливість даного питання у розрізі проведення реформ полягає ще й тому, що по-перше, левова частка (понад 40 % у світі, а в Україні − понад 70 %) видатків на охорону здоров’я витрачається на оплату праці працівників системи охорони здоров’я. Але в

---

[1] Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава / Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки. [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf

[2] Совместная работа на благо здоровья / Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. − [Электронный ресурс]. − Режим доступа : http://www.who.int/publications/list/whr2006_overview/ru/index.html

Україні це не сприяє підвищенню якості медичної допомоги. Більш того, питання кадрового забезпечення в Україні залишаються не вирішеними і поглиблюються в процесі провадження реформ. По-друге, будь-які перетворення у сфері охорони здоров'я неодмінно тягнуть за собою низку ризиків, які тим більше будуть виражені, чим менше підготовлені до цих змін працівники даної сфери. Це стосується як об'єктивних − таких як наявність кадрів, так суб'єктивних показників − якості кадрів, їх прагнення і готовності до якісної роботи. Адже очікування фахівців, від яких вимагається впровадження реформ, не завжди співпадають з очікуваними результатами самих реформ для суспільства. Саме тому для забезпечення ефективного впровадження системних змін в медичній сфері особливу увагу слід приділяти кадровому питанню.

Проблеми у сфері кадрового забезпечення в Україні є чисельними та комплексними. Деякі спеціалісти визначають ситуацію як кризову, яка може стати реальною загрозою здоров'ю населенню країни[3].

Таким чином, сучасна ситуація у вітчизняній охороні здоров'я вимагає проведення глибинних перетворень у системі вироблення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, яка з одного боку повинна враховувати загальносвітові тенденції й рекомендації ВООЗ щодо вирішення кадрових проблем у СОЗ, а з іншого − орієнтуватися і відштовхуватися від внутрішніх умов, позицій і особливостей.

[3] Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України − Київ, 2009. − С.11−13.

І. СТАН КАДРОВИХ РЕСУРСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я − СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я мають глобальний характер. Міжнародні експерти вказують, що будь-які, найпередовіші технології й досягнення в сфері медицини, не зможуть позитивно вплинути на здоров'я населення за відсутності належно підготовлених працівників системи охорони здоров'я.

Ще у 2006 році в Доповіді про стан охорони здоров'я в світі[4], ВООЗ зазначала, що для збільшення ефективності кадрів сфери охорони здоров'я потрібні новітні стратегії, та закликає з метою подолання кадрової кризи збільшити інвестиції в розвиток людських ресурсів, підвищити продуктивність і сприяти справедливому розподілу та використанню робочої сили.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила низку резолюцій, що стосуються різних аспектів кризи кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я, зокрема:

− Резолюції WHA57.19 (2004 г). І WHA58.17 (2005 р.) «Міжнародна міграція медико-санітарного персоналу: загроза систем охорони здоров'я в країнах, що розвиваються» прийняті з метою розробки стратегії пом'якшення несприятливих наслідків трудової міграції медичних працівників, щоб звести до мінімуму її негативний вплив на системи охорони здоров'я[5];

− Резолюція WHA59.23 (2006 р.) «Швидке збільшення масштабів підготовки працівників охорони здоров'я» прийнята з метою покращення підготовки компетентного медико-санітарного персоналу[6];

− Резолюція WHA59.27 (2006 р.) «Зміцнення сестринської та акушерської справи» прийнята з метою розробки і впровадження комплексної програми з підготовк и висококваліфікованих сестринських та акушерських кадрів та підвищення їх професійної мотивації[7];

Європейська міністерська конференція ВООЗ по системах охорони здоров'я (2008 р.) «Системи охорони здоров'я, здоров'я і добробут» привертає увагу до вироблення дієвих стратегій підвищення ефективності систем охорони здоров'я, у тому числі й щодо кадрового забезпечення, на тлі зростаючих вимог щодо забезпечення стабільності та солідарності[8].

---

[4] Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью всемирная организация здравоохранения, 2006 г. [Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf

[5] Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе / Европейский региональный комитет Пятьдесят седьмая сессия. Белград, Сербия, 17–20 сентября 2007 г. [Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74543/RC57_rdoc09.pdf

[6] Там само

[7] Там само

[8] Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния [Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf

«Посібник з моніторингу та оцінки кадрових ресурсів охорони здоров'я» ВООЗ (2009 р.)[9] містить необхідний інструментарій для активного моніторингу і управління кадровими ресурсами.

Незважаючи на низку проведених заходів і прийнятих документів щодо покращення кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я, суттєвих позитивних змін так і не досягнуто. Сьогодні відбувається глобальна криза в сфері трудових ресурсів сфери охорони здоров’я[10].

Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, експерти ВООЗ визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку[11]. До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я відносять наступні:

• Зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.)

• Зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я.

• Виражена неоднорідність в географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер; дисбаланс фахівців - загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.)

• Відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах охорони здоров'я.

• Недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров’я (КРОЗ).

• Загальні проблеми КРОЗ (дефіцит медичних кадрів, дисбаланс практичних навичок в залежності від інтенсивності навантаження лікарською практикою, нерівномірний розподіл медичних кадрів, незадовільні умови робочого середовища, трудова міграція медичних кадрів)[12].

Експерти ВООЗ вказують на наступні проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я:

− *Складність структури кадрових ресурсів*[13]*:* За оцінками ВООЗ, підготовленими на основі результатів національних переписів, обстежень трудових ресурсів і статистичних джерел, на теперішній час у світі налічується понад 59 мільйонів медико-санітарних працівників, зайнятих повний робочий день. До цих працівників належать ті з них, основна функція яких полягає у зміцненні здоров'я плюс медико-санітарні працівники, зайняті в організаціях, що не входять в систему охорони здоров'я (такі, як медичні сестри, зараховані в штат тієї чи іншої компанії або шкільної амбулаторії тощо)[14].

Складну структуру кадрів сфери охорони здоров’я підтверджує й номенклатурний перелік профілів лише суто медичної та фармацевтичної діяльності сфери охорони здоров’я, (наприклад, в Росії він становить 103 одиниці спеціалізації, в Європейських

---

[9] Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения адаптировано для применения в странах с низким и средним уровнем доходов [Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/handbook-on-monitoring-and-evaluation-of-human-resources-for-health,-with-special-applications-for-low-and-middle-income-countries

[10] WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.who.int/hrh/en/

[11] Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 г.г. [Электронный ресурс]. − Режим доступу: www.mz.gov.kz/files/resurs_14.10.2011.doc

[12] Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 г.г. [Электронный ресурс]. − Режим доступу: www.mz.gov.kz/files/resurs_14.10.2011.doc

[13] Кадровые ресурсы в здравоохранении: Основные направления в работе ВОЗ со странами в Европейском Регионе [Электронный ресурс]. − Режим доступа : http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/13/1/412/Perfilieva_Kiev__March_2008_Rus.pdf

[14] Там само

країнах – понад 53 одиниці спеціалізації, в Україні лише лікарських спеціальностей − 123[15]) [16].

Складна структура кадрів сфери охорони здоров’я ускладнює механізми планування потреб в кадрах. Адже облік даної категорії трудових ресурсів важливий як з точки зору розвитку власне сфери охорони здоров’я, так і з точки зору побудови стратегії розвитку кадрової політики і формування механізмів забезпечення кадрами, в залежності від потреб в тих чи інших фахівцях СОЗ.

- *Проблеми статистичного обліку медичних кадрів.* Існуюча статистична база медичних кадрів не в повній мірі враховує складну кадрову структуру галузі. Відповідно, неповна (або викривлена) статистична інформація, щодо кадрового забезпечення галузі, призводить до неефективного планування підготовки та перепідготовки медичних кадрів.

Недоліки статистичної звітності та відсутність загальноприйнятих визначень і аналітичних інструментів ускладнюють завдання проведення моніторингу кадрових ресурсів охорони здоров’я на будь-якому рівні - від глобального і регіонального до національного та субнаціонального.

− *Дефіцит кадрів.* Дефіцит кадрів охорони здоров'я у світі складає близько 2,3 мільйона лікарів, медсестер і акушерок і понад 4 мільйона працівників охорони здоров'я в цілому. У деяких регіонах світу, особливо в країнах Африки на південь від Сахари, для подолання кризи чисельність наявних кадрів охорони здоров'я має бути збільшена майже на 140 %. Для покриття кадрового дефіциту у світі потрібно, як мінімум, 4,25 млн працівників сфери охорони здоров’я (2,36 млн медичних працівників і 1,89 млн адміністративних працівників та спеціалістів немедичного профілю)[17]. Згідно статистичних даних, в цілому на 10000 населення земної кулі, припадає 13 лікарів. Причому існують значні коливання по регіонах. Так, в країнах Африки на 10000 населення припадає лише 2 лікаря, тоді як в Європі – 32. Розбіжності є і в забезпеченості середнім медичним персоналом: на 10000 населення припадає 28 медичних сестер і акушерок, при цьому найменше – в Африці – 11, а в Європі – 79 на 1000 населення[18].

- *Співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів.* За даними ВООЗ, оптимальне співвідношення становить 4 до 1. Таке внутрішньокадрове співвідношення мають такі країни як Канада, Сполучені Штати Америки, тоді як в деяких регіонах цей показник варіює в межах від 8:1 - в Африці, до 1,5:1 - в регіоні Західної частини Тихого океану, а в таких країнах як Мексика, Перу, Сальвадор і Чилі на одного лікаря припадає менше однієї медсестри.

Європейський регіон також має відповідні проблеми кадрового забезпечення (табл. 1)[19]. За даними ВООЗ, кількість лікарів на 10 тис. населення в середньому в Європі становить 36, в країнах Східної Європи - 33,2. Середній показник для країн СНД - 46. (В Україні показник забезпеченості практикуючими лікарями становить 26,5 на 10 тис. населення).

Аналіз по окремих країнах показує виражену нерівномірність (як в географічному розподілі, так і в професійній структурі) між окремими країнами даного регіону[20]. За даними ВООЗ, в регіоні спостерігається великий розрив у забезпеченості медичними кадрами на 1000 населення: співвідношення між країнами з найбільш низькою і найбільш

---

[15] Номенклатура лікарських спеціальностей [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0015-98

[16] Актуальные вопросы кадрового обеспечения организаций системы здравоохранения. Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%209/V/Medicina_9_BOOK-45.pdf

[17] Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 г.г. [Электронный ресурс]. − Режим доступу: www.mz.gov.kz/files/resurs_14.10.2011.doc

[18] Там само

[19] Доклад "Мировая статистика здравоохранения" [Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf

[20] Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе [Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74543/RC57_rdoc09.pdf

високою чисельністю складають: 1:6 для лікарів, 1:10 для стоматологів, 1:50 для фармацевтів, 1:8 для медсестер і 1:12 для акушерок.

Таблиця 1

Кадрове забезпечення деяких країн Європи та США[2]

№	Країна	Лікарі		СМП		Лікарняні ліжка (на 10 000 населення)
		Загальна кількість	Забезпеченість (на 10 000 населення)	Загальна кількість	Забезпеченість (на 10 000 населення)	
1	Білорусь	49 380	51,8	125 032	131,1	111
2	Болгарія	27 988	37,3	35 250	47,0	66
3	Велика Британія	166 006	27,4	613 201	101,3	33
4	Греція	69 030	61,7	2 626	2,4	48
5	Естонія	4 378	33,3	8 605	65,5	54
6	Італія	202 866	34,9	16 893	2,9	36
7	Латвія	6 753	29,9	10 929	48,4	64
8	Німеччина	297 835	36,0	918 000	111,0	82
9	Норвегія	19 579	41,6	150 334	319,3	33
10	Польща	82 813	21,6	222 667	12,7	67
11	Росія	614 183	43,1	1 214 292	85,2	97
12	Румунія	48 484	22,7	125 699	58,8	66
13	Словенія	4 915	25,1	16 460	83,9	46
14	**Україна[1]**	**196 085**	**43,1**	**421 987**	**94,5**	**90,6**
15	Фінляндія	15 384	29,1	126 869	239,6	62
16	Франція	212 132	34,5	18 835	3,1	69
17	Чехія	37 351	36,7	88 874	87,4	71
18	Швеція	34 383	37,7	108 163	118,6	28

Примітки: 1. За даними МОЗ України
2. Дані за 2005−2010 рр.

Примітка: Деякі країни опублікували підрахунки кількості медсестер (в перерахунку на зайнятих повний робочий день), необхідної для балансу попиту та пропозиції підготовки медичних кадрів для кожного року наступного десятиліття. При цьому, Нідерланди повідомили про дефіцит в 7000 медсестер (1 % від зареєстрованого практикуючого персоналу). Дефіцит медсестер у Норвегії оцінюється в 3300 або 5,4 % практикуючих медсестер. У Швейцарії працюють на 3000 (4,6 %) менше медсестер загального профілю, ніж потрібно[21].

Слід зазначити, що, згідно з прогнозами експертів, кадровий дефіцит (як лікарів, так і спеціалістів середньої ланки) з роками наростатиме[22].

− *Нерівномірність у розподілі медичних кадрів, географічний дисбаланс*. Майже усі країни світу потерпають від нерівномірного територіального розподілу медичних працівників, які, як правило, сконцентровані в міських районах і вкрай слабо - в сільських. Така ситуація, як вказують експерти ВООЗ, має значне поширення і являє собою серйозну проблему в галузі забезпечення медико-санітарних послуг на національному рівні. Разом з тим його вплив проявляється найбільш відчутно в країнах з низьким рівнем доходів. Цьому є дві причини: одна полягає в тому, що багато з цих країн вже й так потерпають від гострої нестачі працівників охорони здоров'я у всіх районах, а інша - у тому, що частка

[21] Там само
[22] Там само

населення, що проживає в сільських районах, як правило, більш значна в найбідніших країнах, ніж у багатих[23].

Нерівномірний розподіл, на нашу думку, є однією із найскладніших проблем у питаннях кадрового забезпечення. Адже він стосується питань загального охоплення населення медико-санітарною допомогою, професійної підготовки, подальшої кваліфікації, трудової міграції (не лише внутрішньої, але й зовнішньої), міжгалузевих проблем соціально-економічного розвитку сільської місцевості тощо.

− *Зростання мобільності (незапланована міграція).* На сьогодні, як вказують міжнародні експерти, всі країни світу є частиною загального ринку праці, однією із характеристик якого є збільшення внутрішньої і міжнародної професійної мобільності працівників сфери охорони здоров'я[24]. Слід зазначити, що міграція (як внутрішня, так і зовнішня) працівників сфери охорони здоров'я існувала завжди. Проте в останні роки міграційні процеси значно активізувалися, особливо у Європі, адже стимулювання трудової міграції є ключовим моментом політики ЄС, заснованої на принципі вільного пересування людей відповідно до вимог єдиного європейського ринку. При існуючому розриві між доходами в «старих» країнах ЄС і «нових» країнах Східної та Центральної Європи, значно активувався процес найму медсестер, лікарів та інших працівників охорони здоров'я «нових» країн ЄС «старими» країнами ЄС[25]. Це, у свою чергу, тягне за собою пожвавлення трудової міграції з країн пострадянського простору до «нових» країн ЄС. Адже незадовільні умови праці в цих країнах у поєднанні із значно кращими умовами праці і вищими заробітними платами в більш багатих країнах, сприяють тому, що тисячі медичних працівників виїздять із своєї країни з метою трудової міграції[26].

− *Умови праці, відсутність мотивації.* Як вже зазначалось, ефективність роботи системи охорони здоров'я в першу чергу залежить від продуктивності праці, рівня підготовки її працівників, раціонального використання кадрів і їхньої мотивації до роботи. Тому міжнародна спільнота, фахівці ВООЗ останнім часом приділяють багато уваги саме проблемам робочого середовища медичних працівників, вказуючи на те, що заходи щодо створення сприятливого робочого середовища відіграють ключову роль в забезпеченні як достатньої кількості кадрів охорони здоров'я, так і високої якості, продуктивності і мотивації цих кадрів[27]. Це питання стає дедалі актуальнішим у зв'язку з тим, що економічна криза значно погіршила мотиваційні складові. Так, наприклад, Болгарія та Угорщина заморозили заробітну плату в державних лікарнях. Угорщина скасувала виплати щорічної тринадцятої зарплати. Ірландія і Литва також розглядають можливість зниження оплати праці. Тобто, вимоги і навантаження зростають, а заробітні плати, інші мотиваційні чинники знижуються, що викликає обґрунтований протест працівників сфери охорони здоров'я у всьому світі.

− *Обмежені можливості в регулюванні та управлінні та слабка інформаційна база з кадрів.* Однією із визначальних проблем є відсутність або неналежний рівень систем моніторингу складових вищезазначених проблем, що вкрай необхідно для розробки

---

[23] Достижение правильного соотношения: удержание работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах [Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://www.who.int/hrh/events/2009/expert_meeting/en/index.html

[24] Обзор Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. http://www.who.int/publications/list/whr2006_overview/ru/index.html

[25] Стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ

[26] Там само

[27] Как создать для медицинских работников привлекательную и благоприятную рабочую среду

кадрової політики, планування, проведення програм та звітності[28]. Основними проблемними моментами при цьому є наступне:

− у різних країнах використовуються різні системи класифікації медичного персоналу, його обов'язків, що майже не дає можливості проводити порівняльний аналіз між країнами;

− відсутні узгоджені стандарти для збору даних, а достовірність та надійність даних досить нерівномірна;

− відсутні система збору своєчасної, достовірної, актуальної статистичної інформації по віковій структурі трудових ресурсів СОЗ, участі в ринку праці, тривалості робочого дня, продуктивності роботи, оплати праці, інституційного та географічного розподілу, а також розподілу за типом і рівнем послуг як в державному, так і в приватному секторі;

− брак доступної інформації щодо якості освіти і підготовки медичних кадрів, їхньої готовності до практичної діяльності тощо.

Таким чином, проведений зріз ключових проблем кадрової політики сфери охорони здоров’я у світі показав, що дана проблематика має всеохоплюючий характер, міжсекторальні взаємодії чинників та впливає на кадрові проблеми окремих країн, у тому числі й України. Разом з тим, Україна має низку особливостей.

[28] Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения адаптировано для применения в странах с низким и средним уровнем доходов

2. СТАН КАДРОВИХ РЕСУРСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

В Україні завдання розбудови ефективної кадрової політики мають дві ключові проблеми: по-перше, відсутність єдиної стратегії кадрової політики в сфері охорони здоров'я, по-друге − наявність певної невідповідності офіційної звітності про якість кадрового потенціалу країни реальному стану справ[29]. Для розробки ефективної політики кадрових ресурсів необхідне проведення ретельного аналізу ситуації з виявленням основних досягнень, проблем, можливостей та загроз для її реалізації.

2.1. Структурна диспропорція в кадровому забезпеченні та основні ризики

Кадровий потенціал сфери охорони здоров'я України, у відповідності до штатних розписів закладів охорони здоров'я за профілями обслуговування, складається з таких основних категорій: лікарі, середні медичні працівники (СМП), молодший медичний персонал та інші категорії обслуговуючого персоналу.

Значний контингент чисельності як лікарів, так і СМП працює за межами закладів охорони здоров`я системи МОЗ: чисельність лікарів в інших відомствах становить понад 26 тис. осіб, а чисельність СМП – 57 тис. осіб[30].

За даними офіційної статистики, загальна чисельність лікарів (без зубних лікарів) в Україні (усі форми відомчого підпорядкування та власності) у 2011 році становила 224,1 тис.[31] (у 2010 році − 224,9 тис.). Медичну допомогу населенню України надають заклади охорони здоров'я, підпорядковані МОЗ України, Мінінфраструктури України, АМН України, а також заклади охорони здоров'я приватної власності тощо. Основну частку загальної кількості лікарів сфери охорони здоров'я України складають лікарі системи МОЗ − понад 87 % лікарського кадрового потенціалу[32]. Тому аналіз структурного складу кадрового забезпечення вітчизняної сфери охорони здоров'я ми будемо проводити по кадровому складу системи МОЗ України. *Тим більше, що з офіційною статистикою кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні в цілому є певні складності − цілісної картини просто не існує.*

2.1.1. Недостатнє забезпечення медичними кадрами

Поверхневий аналіз кадрової політики сфери охорони здоров'я в Україні не вказує на суттєві проблеми. На перший погляд здається, що деяка тенденція скорочення медичних кадрів відповідає загальній тенденції зменшення загальної чисельності населення України. Проте поглиблений аналіз вказує на низку проблем в кадровому

---

[29] Медиків готують навмання [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16736715

[30] Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – С. 113.

[31] Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році / Статистичний бюлетень. − м. Київ – 2012. − С. 11.

[32] Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – С.63−64.

забезпеченні галузі , які з одного боку, є ознакою відсутності стратегічного планування кадрової політики в охороні здоров'я, а з іншого − унеможливлюють ефективність запровадження реформування медичної галузі.

Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні (Табл.2) має певні проблеми, а саме:

- *скорочення чисельності медичних працівників* (як лікарів, так і працівників середньої ланки). В цілому по галузі, у порівнянні з 1995 р., чисельність медичного персоналу скоротилася на 125 тис. осіб (6 тис. − лікарів і 119 тис. СМП), за останній рік − на 8 тис. осіб (1 тис. − лікарів і 7 тис. − СМП). Станом на кінець 2011 р., в галузі було зайнято понад 1 млн чоловік, з них 196 085 лікарів (без зубних) і 421 987 СМП[33,34]. При цьому, переважну більшість складали жінки (понад 80 %). Лікарі обіймали 220 408 лікарських посад (при кількості штатних лікарських посад − 243 162), понад 24 тис. посад в лікувальних закладах зайняті за сумісництвом, коефіцієнт сумісництва становив 1,12.

- *неукомплектованість посад як лікарів, так і СМП.* Відсоток укомплектованості лікарями становив 80,6 %[35], при цьому відсоток укомплектованості лікарями обласних лікарень - 85,1 %, міських — 77,8 %, центральних районних лікарень — 76,2 %, дільничних — 71,3 %, селищних лікарських амбулаторій — 69,2 %[36]. Кількість вільних штатних посад становить 47,1 тис. Укомплектованість лікарськими кадрами не перевищує 75 % в 13 регіонах країни. При цьому, найнижчий відсоток укомплектованості спостерігається в Кіровоградській (67,6 %), в Херсонській (70,3 %), в Миколаївській (71,1 %), Сумській (72,3 %), Чернігівській (72,5 %) областях та м. Севастополі (70,1 %).

Таблиця 2

Характеристика кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я України[1]

	1995	2000	2005	2008	2010	2011
Всього лікарів усіх спеціальностей, (тис) На 10 тис. населення	230 45,1	226 46,2	224 47,9	222[2] 48,3	225[2] 49,3	224[2] 49,3
Всього лікарів, (тис.)	206,2	200,1	194,7	196,2	197,1	196,1
Забезпеченість (на 10 тис. населення)	40,4	40,8	41,6	42,7	43,2	43,1
Штатні лікарські посади (без зубних лікарів), (тис.)	292,6	238,8	241,03	244,19	244,0	243,2
Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами, (%)	70,5	83,8	80,8	80,3	80,8	80,6
Особи пенсійного віку (%)	17,5	18,2	21,0	22,9	24,5	25,2
Всього середнього медичного персоналу, (тис.)	540	486	438,8	430	428,7	421
Укомплектованість штатних посад фізичними особами, (%)	86,3	101,0	97,6	95,2	95,2	94,5
Особи пенсійного віку (%)	12,1	10,4	13,5	14,8	15,8	16,1

Примітки: 1. За даними МОЗ України
2.Без зубних лікарів

[33] Офіційна статистика МОЗ України, станом на 31.12.2011 р.
[34] Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – С.63−64.
[35] Офіційна статистика МОЗ України, станом на 31.12.2011 р.
[36] МОЗ: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.vz.kiev.ua/?p=2283.

Щодо середнього медичного персоналу, то, починаючи з 2000 року, спостерігається стала тенденція до його скорочення. На сьогодні не укомплектовано понад 24 тис. штатних посад середнього медичного персоналу. Найнижчий рівень укомплектованості спостерігається в м. Києві (75,4 %), м. Севастополі (79,7 %), а також в Київській (85,3 %), Дніпропетровській (86,4 %) та Донецькій (86,7 %) областях. В цілому по Україні спостерігається недостатня кількість середнього медичного персоналу як у абсолютному значенні, так і у співвідношенні до лікарів (в середньому − 2,15:1 (а, наприклад, у таких регіонах, як АР Крим, Івано-Франківська, Львівська, Харківська, Чернівецька області та в м. Києві на одного лікаря припадає менше двох СМП), тоді, як у Європі цей показник становить − 3−4:1). Це викликає дисбаланс в системі надання медичної допомоги, обмежує можливості розвитку таких напрямів сфери охорони здоров'я, як сестринський догляд на дому, патронажна служба, реабілітація тощо.

Рівень забезпеченості лікарями, по Україні, на перший погляд, досить високий − 43,1 на 10 тис. населення, що перевищує середньоєвропейський показник (33 на 10 тис. населення). Проте середньоєвропейський показник вказує на забезпеченість лікарями-практиками, тоді як в Україні цей показник включає також організаторів охорони здоров'я, методистів, санітарних лікарів і вчених, і *лише 27,0 на 10 тис. – власне забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, що значно менше, ніж середньоєвропейський показник*. Станом на 2011 рік в Україні не вистачало 46,9 тис. лікарів (з них понад 6 тисяч у сільській місцевості) і 24,8 тис. молодших спеціалістів з медичною освітою[37][38]. Найбільш відчутний дефіцит медичних кадрів спостерігається: лікарів − в Донецькій, Дніпропетровській, Луганській областях та м. Києві; СМП − в Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві[39].

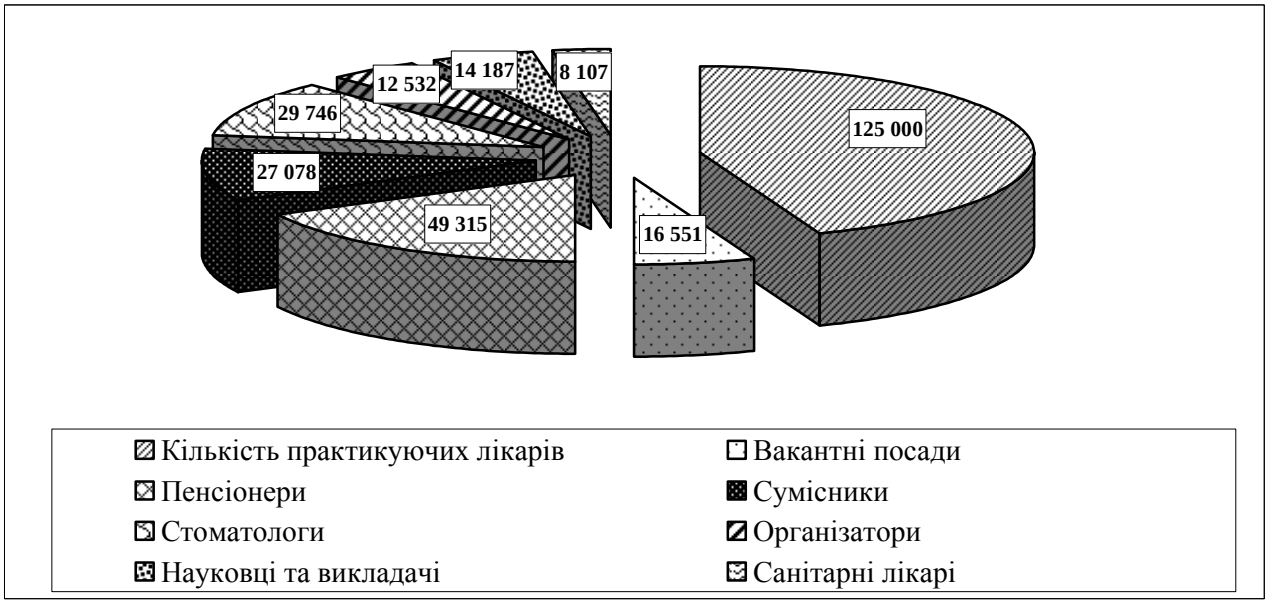

Рис. 1. Кадрова ситуація у вітчизняній сфері охорони здоров'я

Якщо показник забезпечення населення лікарями в загальному розрізі не викликає стурбованості і навіть має деяку тенденцію до підвищення, то забезпечення населення СМП стабільно знижується (рис. 2).

[37] Кадри забезпечують успіх [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.vz.kiev.ua/?p=3813

[38] МОЗ: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту [Електронний ресурс]. − Режим доступу :http://www.vz.kiev.ua/?p=2283

[39] Офіційна статистика МОЗ України, станом на 31.12.2011 р.

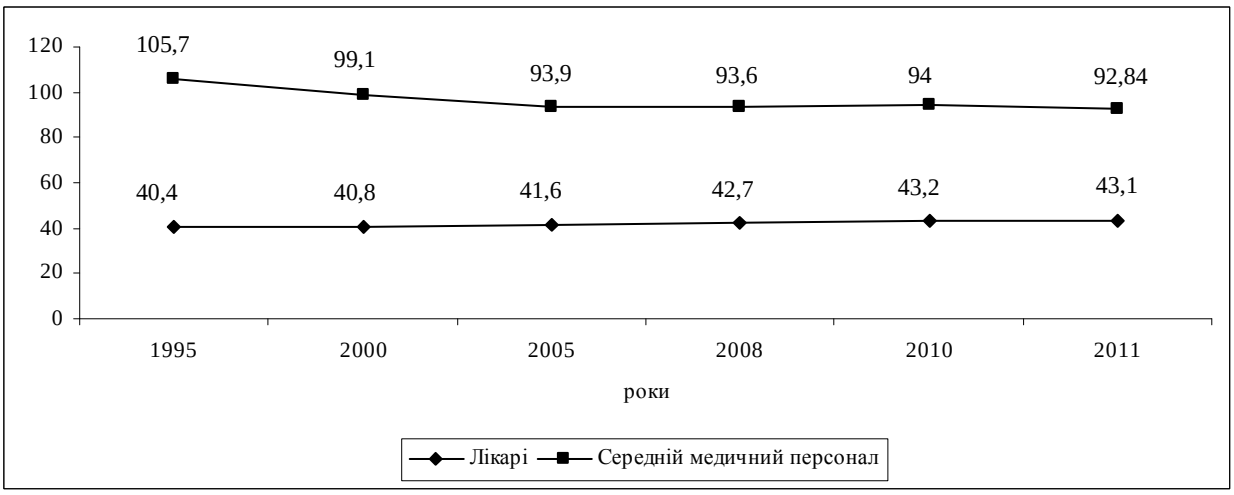

Рис. 2. Динаміка забезпеченості населення України лікарями (без зубних) та середніми медичними працівниками (на 10 тис. населення)

Як видно з діаграми, темпи зниження забезпеченості населення СМП значно перевищують темпи зростання забезпечення населення лікарями.

Таким чином, аналіз загальної укомплектованості та забезпеченості медичними кадрами сфери охорони здоров'я вказує на наростаючий дефіцит кадрів як лікарів, так і середнього медичного персоналу.

2.1.2. Постаріння кадрового потенціалу

В системі охорони здоров'я України із загальної кількості працюючих лікарів та середнього медичного персоналу, понад 117 тис. − особи пенсійного віку (майже 50 тис. лікарів та майже 68 тис. СМП)[40]. Ці цифри з року в рік збільшуються (рис. 3).

Якщо питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів у 1998 році становила 18,5 %, то на кінець 2011 року − 25,15 %. Ще біля 15 % лікарів –особи передпенсійного віку.

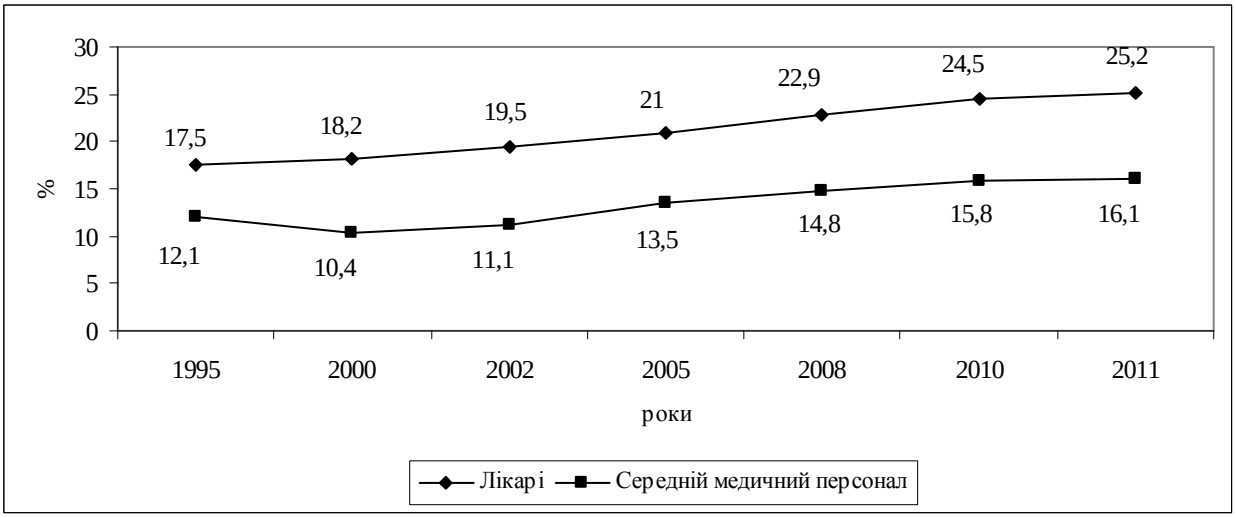

Рис.3. Динаміка «постаріння» медичних кадрів в Україні

Особливо гостро ця проблема стоїть на первинній ланці. Найбільший відсоток «постаріння» кадрів спостерігається в таких регіонах як: АР Крим (27,7 %), Дніпропетровська (27,8 %), Донецька (30,02 %), Київська (29,4 %), Кіровоградська

[40] Офіційна статистика МОЗ України, станом на 31.12.2011 р.

(28,5 %), Луганська (28,4 %), Миколаївська (28,3 %), Херсонська (28,7 %), Черкаська (31,5 %), Чернігівська (28,4 %) області та м. Севастополь (34,8 %)[41]. Особливе занепокоєння при цьому викликають Кіровоградська, Миколаївська та Херсонська області, де досить високий відсоток лікарів пенсійного віку поєднується з найнижчою забезпеченістю лікарями, що в решті-решт може призвести до кадрового «провалу».

Із кількості працюючих середніх медичних працівників − 16,1 % − особи пенсійного віку. Найвищий відсоток кадрового постаріння серед СМП спостерігається в АР Крим (19,6 %), Донецькій (22,6 %), Київській (19,2 %), Одеській (19,1 %) областях та м.Києві (19,7 %) і м.Севастополі (29,2 %). Особливе занепокоєння в забезпеченні медичної сфери молодшими спеціалістами з медичною освітою викликає м. Київ, високий відсоток працюючих пенсіонерів в даній царині спостерігається на тлі найнижчих по галузі показників забезпеченості й укомплектованості СМП і найгіршим співвідношенням лікар:СМП (1:1,35)[42]. Така ситуація викликає подив, оскільки у м.Києві налічується 5 медичних коледжів, які готують молодших спеціалістів з медичною освітою.

2.1.3. Диспропорція кадрового забезпечення

Регіональна диспропорція (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями).

За даними статистики, в Україні спостерігається високий ступінь регіональної диспропорції: відношення найвищої щільності лікарів до найнижчої по регіонах становить 8,4 (в Києві) до 3,6 (в Кіровоградській і Херсонській областях)[43].

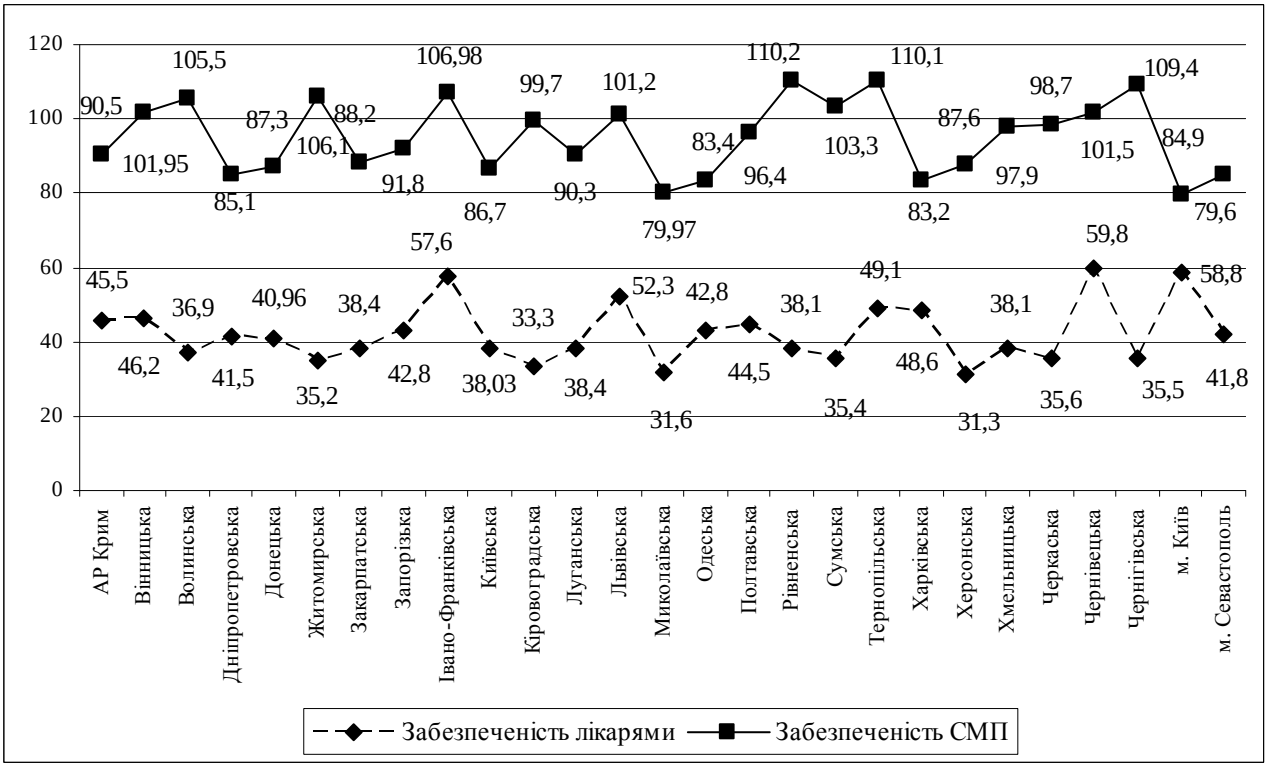

Рис. 4. Забезпеченість лікарями та середнім медичним персоналом (на 10 000 населення)[44]

[41] Там само
[42] Там само
[43] Україна - донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://health.unian.net/ukr/detail/223513
[44] Офіційна статистика МОЗ України, станом на 31.12.2011 р.

Деталізований аналіз забезпеченості населення України лікарями в регіональному розрізі (рис. 4) свідчить про виражену адміністративно-територіальну диспропорцію, яка, в переважній більшості, залежить від наступних чинників[45]:

− рівня соціально-економічного розвитку: у регіонах з розвинутою інфраструктурою, концентрацією промислового виробництва тощо: на даних територіях, відповідно, формується й розгалужена мережа ЛПЗ, а рівень забезпеченості лікарями вищий, ніж в аграрних регіонах (наприклад, у м. Києві він становить 58,8 на 10 тис. населення, тоді як у Київській області – 38,03);

− особливостей природокористування: у регіонах з позитивними природними властивостями розвивається мережа санаторно-курортних закладів, що зумовлює більший рівень забезпечення, ніж в інших регіонах (в АР Крим показник становить 45,5, в Одеській області – 42,8, Івано-Франківській – 57,6, Львівській – 52,3, середній по державі – 43,14 на 10 тис. населення);

− наявності медичних навчальних закладів і розгалуженості мережі науково-дослідних установ на даній адміністративній території, випускники яких забезпечуються роботою в тих самих регіонах (як, наприклад, м. Київ − 58,8, Харківська − 48,6, Львівська − 52,3, Одеська − 42,8, Чернівецька − 59,8 області).

Разом з тим, слід зазначити, що останнім часом дещо змінилась тенденція структури кадрового розподілу у відповідності з зазначеними категоріями. Особливо це стосується першої групи: на сьогодні у великих промислових містах, де середній рівень заробітної плати значно вищий, ніж по Україні, відбувається відтік медичних кадрів з державних медичних закладів, де рівень заробітних плат значно нижчий, у приватний сектор або в інші галузі, як, наприклад, фармацевтичну.

Це стосується і третьої категорії − наявність навчальних медичних закладів, особливо щодо забезпеченості середнім медичним персоналом. Як вже зазначалось − у Києві критично не вистачає молодших спеціалістів з медичною освітою − при тому, що у місті 5 медичних коледжів, 4 з них − державні!

Укомплектованість лікарями первинної ланки найнижча в Херсонській (57,2 %), Кіровоградській (66,1 %) областях, а найвища − у Івано-Франківській (92 %), Чернівецькій (93,1 %) і в Тернопільській (90,3 %) областях (а не в пілотних регіонах, де, незважаючи на цільове фінансування, укомплектованість кадрами первинної ланки становить у середньому 80 %)[46]. Крім того, майже в усіх регіонах України, у тому числі і в пілотних регіонах відпрацювання механізмів реформування, є заклади сімейної медицини (сімейні амбулаторії), які не мають жодного лікаря: у Дніпропетровській області, наприклад, їх 30, в Донецькій − 11, Житомирській − 37[47]. Найгірша ситуація із забезпеченням медсестрами в Києві, а лікарями — в Миколаївській та Херсонській областях[48].

Ще складнішою є кадрова ситуація на селі, особливо закладів первинної медико-санітарної допомоги: як свідчить доступна статистична інформація, у розвитку кадрового потенціалу медичної галузі прослідковується стале зниження абсолютної і особливо питомої ваги лікарів сільських адміністративних районів. Так: у 1996 р. вони складали 29 %, а у 2010 р. – 28 % (зменшення на 4300 осіб); укомплектованість фізичними особами штатних посад сімейних лікарів складає, як вже зазначалось вище − біля 70 %, а у деяких регіонах − значно менше. Так, наприклад, у Черкаській області, укомплектованість фізичними особами штатних посад сімейних лікарів складає 55,3 %, посад лікарів сільських дільничних лікарень і лікарських амбулаторій (61 %)[49].

---

[45] Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К., 2009. – С 58.

[46] Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://uiph.kiev.ua/uploads/regiony_reform_galuzi/kyiv.pdf

[47] Там само

[48] Офіційна статистика МОЗ України, станом на 31.12.2011 р.

[49] Районна комплексна програма „Медичні кадри" на 2011 - 2015 роки [Електронний ресурс]. − Режим доступу : cherkassy-rda.ck.ua/.../Районна-комплексн…. − Назва з екрану.

На кінець І півріччя 2011 року в цьому регіоні функціонувало 2 лікарські амбулаторії, в яких працював лише лікар-стоматолог, та 18 лікарських амбулаторій з не укомплектованими штатами лікарів загальної практики сімейної медицини, терапевтів і педіатрів[50].

Не краща ситуація і в інших регіонах країни. Наприклад, в Кіровоградській області на кінець 2011 р., 24 сільські лікарські амбулаторії не мали жодної зайнятої посади лікаря, за винятком стоматолога і 28 ФАПів не мали жодної зайнятої посади середнього медперсоналу. Дефіцит лікарів у цілому по області за 2011 р. становив 1514 осіб, а середнього медперсоналу 736 осіб[51].

Галузева диспропорція

Недостатнє кадрове забезпечення медичної галузі відбивається на внутрішньогалузевій структурі кадрового забезпечення, яка характеризується зростанням кількості вузьких спеціалістів популярних спеціалізацій (акушер-гінеколог, хірург, офтальмолог, отоларинголог, уролог тощо) та зменшенням, в деяких регіонах - критичним, кількості лікарів загальної практики (первинної ланки) (рис. 5).

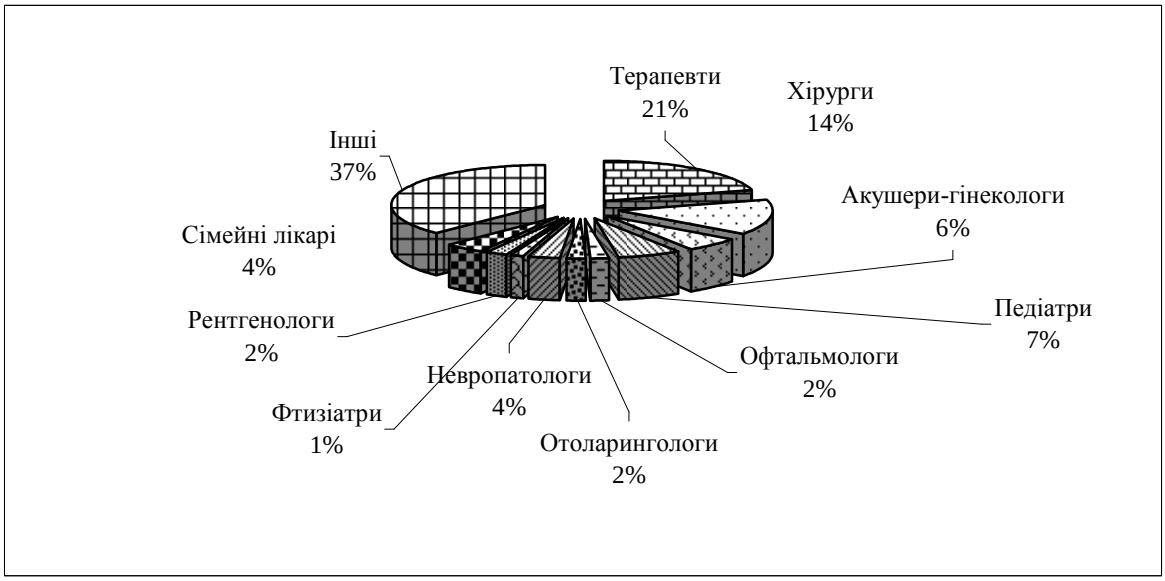

Рис. 5. Структура лікарів у закладах охорони здоров’я України за групами спеціалістів станом на кінець 2011 року (% до їх загальної чисельності)[52]

Співвідношення лікарів загальної практики (сімейної медицини) до хірургів по Україні в середньому становить 0,18 до 0,62 (на 1000 населення). При цьому в медичній сфері, станом на кінець 2011 року, працювало 9 275 лікарів загальної практики — сімейної медицини[53] (в пілотних регіонах — 1282 особи), 7704 дільничних лікарів-терапевтів (у пілотних регіонах — 2698 осіб) та 5567 дільничних лікарів-педіатрів (у пілотних регіонах — 1670 осіб). На сьогодні потреба в лікарях зі спеціальності «загальна практика — сімейна медицина», з урахуванням потреб оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів первинної ланки, становить 32 978 осіб (у пілотних регіонах — 8457 осіб)[54]. Від нестачі кадрів, поряд з потребами служби первинної ланки, потерпають невідкладна

[50] Там само

[51] Стратегтя економічного і соціального розвитку кіровоградської області на 2013-2020 роки [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://kr-admin.gov.ua/Comitet/Ua/rozv/22081201.pdf

[52] Заклади охорони здоров’я та захворюваність населення України у 2011 році. Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. − м. Київ – 2012. − С. 12.

[53] Заклади охорони здоров’я та захворюваність населення України у 2011 році. Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. − м. Київ – 2012. − С. 12.

[54] МОЗ: заходи щодо розв’язання проблеми кадрового дефіциту http://www.vz.kiev.ua/?p=2283

допомога, фтизіатрична служба, рентгенслужба, патологоанатомічна та лабораторна служби[55] [56].

Аналіз статистичної інформації МОЗ України, Головних та обласних управлінь охорони здоров'я ОДА, Київської і Севастопольської міських держадміністрацій вказує, що дефіцит лікарських кадрів у закладах усіх рівнів реєструється за такими спеціальностями: загальна практика−сімейна медицина (укомплектованість в середньому становить 79 %), анестезіологія (біля 80 %), фтизіатрія (біля 76 %), педіатрія (біля 82 %), терапія (біля 84 %)[57].

Окремо слід вказати на вкрай незадовільну ситуацію з кадровим забезпеченням управлінської ланки сфери охорони здоров'я. Тут ситуація характеризується не стільки браком фізичних осіб-управлінців, скільки рівнем їхньої підготовки − в медичній галузі України дуже малий відсоток підготовлених менеджерів з охорони здоров'я, фахівців з державного управління охороною здоров'я, хоча база і можливості для цього є − немає політичної волі − щодо посилення вимог до управлінських кадрів: управлінські посади у сфері охорони здоров'я повинні займати особи, які пройшли відповідну підготовку з питань економіки, фінансування, державного управління тощо.

2.2. Зниження рівня кваліфікації кадрів

Для забезпечення населенню рівного доступу до якісних послуг з охорони здоров'я, поряд з показниками укомплектованості штатних посад та забезпеченості медичними кадрами велике значення має рівень кваліфікації медичних працівників.

Незаперечним є той факт, що від якості підготовки лікарів часто залежить не лише здоров'я, а й життя людей. Підготовка кадрів для медичної галузі складається з декількох стратегічних етапів, першим з яких є навчання у ВНЗ. На тлі загальної соціально-демографічної кризи суспільства проблеми вищої медичної освіти в Україні є надзвичайно гострими і болючими.

Рівень кваліфікації − складний показник в кадровому забезпеченні вітчизняної сфери охорони здоров'я, який складається як з об'єктивної (якість освіти), так і з суб'єктивної складових (зацікавленості медичних працівників у підвищенні рівня своєї кваліфікації). І, хоча за звітами МОЗ України показники кваліфікації лікарів щороку зростають (щороку зростає кількість атестованих лікарів), рівень кваліфікації медичного персоналу в Україні, на жаль, знаходиться на неналежному рівні.

Вітчизняні та міжнародні експерти вказують на значне зниження якості кадрів системи охорони здоров'я України, яке проявляється[58]:

– низькою конкурентоспроможністю випускників вищих медичних навчальних закладів України;

− збільшенням числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції (щорічно з України за кордон виїжджають понад 6 тис. медиків[59]);

---

[55] Дані Державної служби зайнятості [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=39012&cat_id=4109

[56] Україна - донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://health.unian.net/ukr/detail/223513

[57] Загальна практика-сімейна медицина - основа формування Національної системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed_082004_0.html

[58] Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / Посібник підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». − Київ, 2009. − 72 с.

[59] Україна - донор медичних кадрів для багатьох країн [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://health.unian.net/ukr/detail/223513

− зниженням якості кадрів, які приходять у систему охорони здоров'я. Про низький рівень підготовки кадрів свідчить і той факт, що низка країн відмовляються визнавати дипломи українських медичних вузів[60] [61];

− невідповідністю вмінь медичного персоналу потребам населення та викликам часу[62]: висококваліфікований персонал часто виконує завдання, які могли б виконувати менш високоосвічені фахівці (наприклад, середній медичний персонал);

− низьким рівнем клінічно-практичної підготовки молодих спеціалістів (на це вказують і фахівці, й управлінці охорони здоров'я[63], [64], і пересічні громадяни[65]);

- незадовільною якістю післядипломної освіти[66];
- недостатнім потенціалом керівного складу СОЗ[67]
- браком кваліфікованих спеціалістів у галузі громадського здоров'я;
- відсутністю індикаторів якості медичної допомоги, які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості.

2.3. Слабкість механізмів державного регулювання кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні

2.3.1. *Відсутність державної концепції кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні.*

Питання кадрової політики у сфері охорони здоров'я унормовані в наступних нормативно-правових документах:

Закон України від 19.11.1992 № 2802-XII "Основи законодавства України про охорону здоров'я"

Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000 "Концепція розвитку охорони здоров'я населення України"

Наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385 "Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад..."

Наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117 "Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників"

Наказ МОЗ МОЗ України від 23.11.2007 № 742 "Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою"

Наказ МОЗ України від 06.07.2005 № 333 "Про внесення змін до Номенклатури лікарських спеціальностей"

Наказ МОЗ України від 19.05.2003 № 221 "Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів"

Наказ МОЗ України від 12.09.2008 № 522/51 "Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні"

---

[60] Українська освіта більше не влаштовує іранців [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://vnz.org.ua/statti/1134

[61] Освіта на експорт [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.ukrbizn.com/headline/153-osvta-na-eksport.html

[62] Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні / Посібник Представництва Європейської Комісії в Україні [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.eu-shc.com.ua/ua/book1.html?id=34

[63] Наказ МОЗ України від 12.09.2008 N 522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні » [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080912_522_.html

[64] Кто нас завтра будет лечить [Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://zn.ua/HEALTH/kto_nas_zavtra_budet_lechit-99247.html

[65] Кто излечит украинскую медицину? [Электронный ресурс]. − Режим доступу: http://debaty.org/article/medicina_deb/medicina_analitika/467.html

[66] Там само

[67] Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні / Посібник Представництва Європейської Комісії в Україні [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.eu-shc.com.ua/ua/book1.html?id=34

Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 “Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року”

Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 512 “Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу”

Кожен з цих документів окремо регламентує ту чи іншу проблему кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я. Проте жоден з цих документів не містить цілісної стратегічної програми вирішення проблем кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я в Україні, концептуальних задач та механізмів реалізації кадрової політики у сфері охорони здоров’я. Хоча в останніх трьох документах вже відображені такі важливі питання як удосконалення державних освітніх стандартів підготовки медичних кадрів задля підвищення якості підготовки фахівців[68], забезпечення та управління якістю медичної допомоги[69], прогнозування кадрового забезпечення у відповідності до потреб охорони здоров’я з урахуванням її перетворень, а також демографічної ситуації в країні[70].

Окремо слід наголосити, що в Основах законодавства України про охорону здоров’я, зокрема в статті 7 сказано, що “…Держава згідно з Конституцією України гарантує всім громадянам реалізаціюїх прав у сфері охорони здоров'я шляхом:

а) створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;

б) організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;

в) надання всім громадянам гарантованого рівня медичної допомоги у обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України…”[71]

Сьогоднішня ж критична ситуація із забезпеченістю медичними кадрами в Україні, особливо на селі, унеможливлює виконання кожної із вищезазначених гарантій, тим більше, що, як вказують експерти МОЗ України, щорічно медична система втрачає до 4 тисяч лікарів, що вже не покривається щорічними випусками медвузів[72].

2.3.2. Недосконалі механізми контролю за виконанням процедури працевлаштування молодих спеціалістів-випускників вищих медичних закладів освіти, що навчались за державним замовленням, та покарання за невиконання процедури розподілу

Порядок працевлаштування молодих спеціалістів-випускників медичних вузів регулюється низкою законодавчих актів. Зокрема Закон України «Про вищу освіту», Постанова Кабінету Міністрів України «Про Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» від 22 серпня 1996 року № 992 та локальні нормативні акти вищих навчальних закладів визначають, що випускник вузу після закінчення навчання має відпрацювати 3 роки за направленням[73]. Проте зазначені норми не виконуються – випускники медичних вузів,

---

[68] Наказ МОЗ України від 12.09.2008 N 522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні » [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080912_522_.html.

[69] Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.

[70] Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 512 «Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу» [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html.

[71] Закон України від 19.11.1992 №2801-12 «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12

[72] Стан кадрового забезпечення медичної галузі в україні [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/13/17/412/118_03_2008.pdf

[73] Конситутційне право людини на працю, яку вона вільно обирає або на яку вільно погоджується – деякі проблемні питання

підготовлені за державні кошти, отримавши направлення на роботу згідно з розподіленням, ігнорують виконання даної вимоги.

У зв'язку з чим, ще в 1996 році Міністерству фінансів разом з Міністерством освіти, Міністерством економіки, Міністерством юстиції та Національним банком було доручено розробити і затвердити Порядок визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними умов угоди про працевлаштування. Проте дотепер такий Порядок не прийнятий та не затверджений[74]. Таким чином, механізм визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними угоди про працевлаштування відсутній, що ускладнює реалізацію будь-якої кадрової концепції, у тому числі й у сфері охорони здоров'я. Це призводить до критичної нестачі фахівців певної спеціальності, як, наприклад, лікарів первинної ланки та інших непопулярних спеціальностей, особливо в регіонах. Так, за даними МОЗ України, тільки для покриття природної плинності щорічно необхідно близько 6000 лікарів. Протягом останніх років молодими спеціалістами заповнюється лише біля 70 % (а в деяких областях, наприклад в Черкаській − лише 40−50 %) лікарських посад. Це при тому, що забезпечення випускників першим робочим місцем щороку становить майже 100 %, але вже до проходження інтернатури по потрібній спеціальності приступає лише біля 70 %[75].

Слід зауважити, що підготовка кваліфікованого лікаря є дуже коштовною. Так, наприклад, середня оплата навчання в інтернатурі за місяць очного циклу становить в середньому 1500 грн. Попри це, встановлено, що державний сектор втрачає кожного п'ятого випускника, який навчався за державні кошти у вищих навчальних закладах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України[76].

За даними Рахункової палати, лише з причини відсутності контролю за відпрацюванням молодими спеціалістами встановленого трирічного терміну у поєднанні з відсутністю системи відшкодування і повернення до бюджету коштів, витрачених на навчання спеціалістів, у 2010 році було неефективно використано понад 6,5 млн грн. коштів загального фонду держбюджету, спрямованих МОЗ на підготовку 113 фахівців[77].

2.3.3. Недосконалі механізми відбору до медичних вузів

Проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я поглиблюються внаслідок існування неефективної системи пільг при вступі у вищі навчальні заклади. Зокрема, право зараховуватися поза конкурсом мають[78]:

- особи, яким відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» надане таке право;
- діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, а також особи з їх числа віком від 18 до 23 років відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 05.04.94 № 226 «Про поліпшення виховання, навчання, соціального захисту та матеріального забезпечення дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування» (зі змінами);
- інваліди I та II груп та діти-інваліди віком до 18 років, яким не протипоказане навчання за обраним напрямом (спеціальністю), відповідно до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»;
- особи, яким відповідно до Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» надане таке право, а саме:

---

[74] Там само

[75] Україна перетворюється на країну-донора медичних кадрів МОЗ України

[76] Худоба О.В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Tpdu/2010_4/doc/4/06.pdf

[77] Медиків готують навмання [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16736715

[78] Правила прийому в 2012 році [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.nmu.edu.ua/g11.php

- особи, які закінчили середні та професійно-технічні заклади освіти без відзнаки (відмінних оцінок (10–12 балів)) і які згідно із Законом України “Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи” (у редакції Закону України від 19.12.91, зі змінами та доповненнями):

— віднесені до категорії 1 або 2;

— є неповнолітніми дітьми померлих громадян, віднесених до категорії 1 або 2, смерть яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою;

— є неповнолітніми дітьми померлих громадян з числа учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, віднесених до категорії 3, смерть яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою;

— є неповнолітніми дітьми громадян, віднесених до категорії 1;

— є дітьми, зазначеними у статті 27 Закону, яким встановлено інвалідність, пов’язану з Чорнобильською катастрофою;

— є дітьми, які мають підстави для встановлення категорії 2 або 3 до досягнення повноліття;

- є дітьми до досягнення повноліття, які до вступу в державні вищі навчальні заклади, розташовані за межами зони забруднення, мали підстави для отримання категорії 4;

- особи, яким відповідно до Закону України «Про підвищення престижності шахтарської праці» надане таке право;

- діти військовослужбовців Збройних Сил України, інших військових формувань, працівників правоохоронних органів, які загинули під час виконання службових обов’язків, відповідно до Указу Президента України від 21.02.2002 № 157 «Про додаткові заходи щодо посилення турботи про захисників Вітчизни, їх правового і соціального захисту, поліпшення військово-патріотичного виховання молоді»;

- члени сімей шахтарів та гірничорятувальників, які загинули внаслідок аварії на орендному підприємстві «Шахта імені О.Ф. Засядька» (постанова Кабінету Міністрів України від 09.01.2008 № 6).

При цьому, кількість місць для осіб, визначених у пункті 10.1 цього розділу, установлена рішенням Приймальної комісії і **складає 25 відсотків обсягу державного замовлення з кожної спеціальності**[79].

На нашу думку, преференції для вступу до вузів, а тим більше до медичних вузів, повинні мати абітурієнти, які підтвердили високу якість загальної освіти або середньої спеціальної освіти! Це універсальний принцип у всіх розвинених країнах світу. І тільки завдяки йому в цих країнах розвивається успішно наука і прогрес.

Безперечно, є соціально незахищені верстви населення, які потребують допомоги держави. Проте навчання у вищій школі не є формою соціальної допомоги. З

2.3.4. Недосконала система планування кадрового складу сфери охорони здоров’я.

Аналіз кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я в Україні вказує ще на одну досить складну проблему, якій останнім часом приділяється багато уваги − вдосконалення системи планування кадрового складу сфери охорони здоров’я.

В Україні існує розгалужена освітня база для підготовки медичних кадрів: 15 вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації, 3 заклади післядипломної освіти, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, 4 вищі навчальні заклади, які у своєму складі мають медичні факультети та здійснюють підготовку кадрів за напрямом «Медицина», 4 вищі навчальні заклади, що здійснюють підготовку кадрів за напрямом «Фармація», підпорядковані Міністерству освіти і науки України. А також 3 вищих

[79] За даними Національного медичного Університету ім. О.О.Богомольця[Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.nmu.edu.ua/g11.php

навчальних заклади недержавної форми власності за напрямами «Медицина» та «Фармація»[80].

Станом на 01.01.2012 р. у ВНЗ IV рівня акредитації, підпорядкованих МОЗ України, за державним замовленням навчалися 25332 студенти (майбутні лікарі — 23 758) (у 2003 році − 20531 особи). За контрактною формою навчаються 28 794 особи, з них − майбутніх лікарів — 20 146[81].

На факультетах (в інститутах) післядипломної освіти медичних і фармацевтичних ВНЗ IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України за державним замовленням навчалося 7218 лікарів.

Щороку план прийому до медичних і фармацевтичних ВНЗ I–II рівнів акредитації комунальної форми власності становить понад 13 тис. осіб за державною формою навчання, а на 2012 р. план прийому, затверджений МОЗ України, становитв13 769 осіб.

Кількість студентів у медичних і фармацевтичних ВНЗ I–II рівнів акредитації становить 76 313, із них за спеціальностями:

- медичні сестри — 34 589 осіб;
- фельдшери — 21 433 особи;
- акушерки — 5729 осіб[82].

Проведений аналіз вказує на досить парадоксальну ситуацію: підготовка медичних кадрів з року в рік збільшується, кількість штатних лікарські посад − зменшується а дефіцит кадрів тим не менш − зростає. Це свідчить про наступне:

− існуюча система планування не враховує реальні потреби галузі;

− не діють механізми «закріплення» на робочих місцях молодих спеціалістів, в яких є потреба галузі;

− не діє або є недостатньо ефективним зворотний зв’язок «регіональні органи охорони здоров’я − МОЗ України» у питаннях потреби в медичних кадрах, контролю їхнього працевлаштування та відпрацювання потрібний (трирічний) термін.

Слід зазначити, що на дану проблему звернула увагу, й Рахункова палата (ще у 2004 році)[83]. І лише, починаючи з 2011 року, МОЗ реально відреагувало на дану проблему: у 2011 році розроблено і затверджено «Методичні рекомендації з прогнозування потреби закладів охорони здоров’я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу»[84] та прийнято Наказ МОЗ України про створення Конкурсної комісії з розміщення державного замовлення на підготовку фахівців у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України[85]. Згідно Наказу слід розробляти та подавати Міністру охорони здоров'я України для затвердження галузеві критерії формування та розміщення обсягів державного замовлення на підготовку фахівців у ВНЗ МОЗ України з урахуванням

---

[80] Про результати перевірки планування та використання коштів Державного бюджету України на підготовку і підвищення кваліфікації медичних кадрів вищими навчальними закладами III-IV рівнів акредитації [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/printable_article/48025;jsessionid=7B9D47D82AE3124509793F2F09B38D46

[81] Загальний ліцензований обсягом підготовки медичних кадрів у 2003 році становив – 20531 осіб. Тобто, обсяг підготовки лише лікарів у 2011 році, у ВНЗ, підпорядкованих МОЗ України, порівнянно з 2003 роком, зріс майже на 3,5 тисячі осіб

[82] Підготовка медичних та фармацевтичних працівників: інформує МОЗ [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.apteka.ua/article/147474

[83] Про результати перевірки планування та використання коштів Державного бюджету України на підготовку і підвищення кваліфікації медичних кадрів вищими навчальними закладами III-IV рівнів акредитації [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/printable_article/48025;jsessionid=7B9D47D82AE3124509793F2F09B38D46

[84] Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 512 “Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу” [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html

[85] Про Конкурсну комісію з розміщення державного замовлення на підготовку фахівців у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України, організацію його формування та виконання / Наказ МОЗ України N 271 від 18.04.2012. [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ15594.html

основних показників галузевої потреби у підготовці фахівців та граничних можливостей ВНЗ МОЗ України щодо її реалізації кожного календарного року. Але про дієвість цих заходів говорити зарано, особливо за недосконалості статистичного реєстру медичних кадрів, насамперед, в регіональному розрізі.

Водночас, за даними МОЗ України, в країні створено автоматизовану базу даних медичних кадрів, що працюють у закладах охорони здоров'я, підпорядкованих управлінням охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій. Разом з тим тут існують певні проблеми, зокрема: формування автоматизованої бази даних надає можливість забезпечити єдиний галузевий облік закладів охорони здоров'я, але на сьогодні облік не враховує приватні медичні заклади та приватно практикуючих лікарів, що не дає повної картини кадрового забезпечення галузі медичними кадрами.

2.3.5. Брак мотивації та зацікавленості у покращенні результатів власної діяльності

Найвагомішим чинником «виштовхування» кадрів з медичної галузі є низький рівень оплати праці медичних працівників.

Нормативно-правова база України передбачає оплату на основі посадових окладів, затверджених Кабінетом Міністрів України, і враховує лише відпрацьований час. Це, безперечно, зумовлює відсутність у медичних працівників будь-яких мотивацій до підвищення рівня якості, а у керівників медичних закладів - до збільшення обсягів послуг. Основними причинами кадрового дефіциту залишаються низька заробітна плата, зниження престижу професії. Так, за даними Профспілки працівників охорони здоров'я, незважаючи на чотириразове підвищення посадових окладів позаминулого року та шестиразове підвищення минулого року, середня заробітна плата працівників майже на 50 % менша, ніж в середньому у галузях економіки, на 80 % − ніж у промисловості, на 20 % − ніж у працівників освіти[86]. Так, за 2011 рік при збільшенні середньої зарплати в усіх галузях на 17,6 % в сфері охороні здоров'я та надання соціальної допомоги вона зросла лише на 9,0 %, а в окремі місяці спостерігалося навіть її зменшення.

Ще одним індикатором, що характеризує фінансування кадрових ресурсів охорони здоров'я, є *частка витрат на оплату праці медичного персоналу у порівнянні із розміром прожиткового мінімуму та розміром середньої заробітної плати по економіці* (рис. 5).

З діаграми видно, що середня зарплата по охороні здоров'я стало знаходиться на низькому рівні. Крім того, зберігається відставання розміру посадового окладу (тарифної ставки) працівників І тарифного розряду ЄТС від мінімальної заробітної плати в середньому на 298 грн.[87]

На сьогодні, СОЗ входить до трійки найбільш низькооплачуваних галузей (поряд з сільським господарством, рибальством). Більш того, за *показником оцінки адекватності оплати праці* (соціального благополучя[88]) *медичних працівників* ВООЗ, який характеризується співвідношенням рівня зарплати медичного працівника до ВВП на душу населення. Даний показник для України становить 24,3 %.

Не менш важливим показником в даній категорії чинників є й незадовільні умови праці лікарів. Низька заробітна плата спонукає медичних працівників до додаткових доходів за межами основної роботи − сумісництво в інших клініках, в приватних медичних закладах тощо. Інтенсифікація праці, у свою чергу, призводить до зростання серед медичних працівників захворюваності та інвалідності. Крім того, застаріле медичне обладнання несе загрозу життю і здоров'ю фахівців. Це призводить до того, що зростає захворюваність і смертність серед медичних працівників, зокрема останніми роками значно зросла захворюваність серед медичних працівників на інфаркти, інсульти, психічні

---

[87] Там само

[87] Там само

[88] ФБК: российский МРОТ в шесть раз меньше американского [Электронный ресурс]. − Режим доступу : http://www.vedomosti.ru/career/news/5237101/fbk_rossijskij_mrot_v_6_raz_menshe_amerikanskogo

захворювання тощо. Постійно зростає також кількість тих, хто захворів на туберкульоз і СНІД[89].

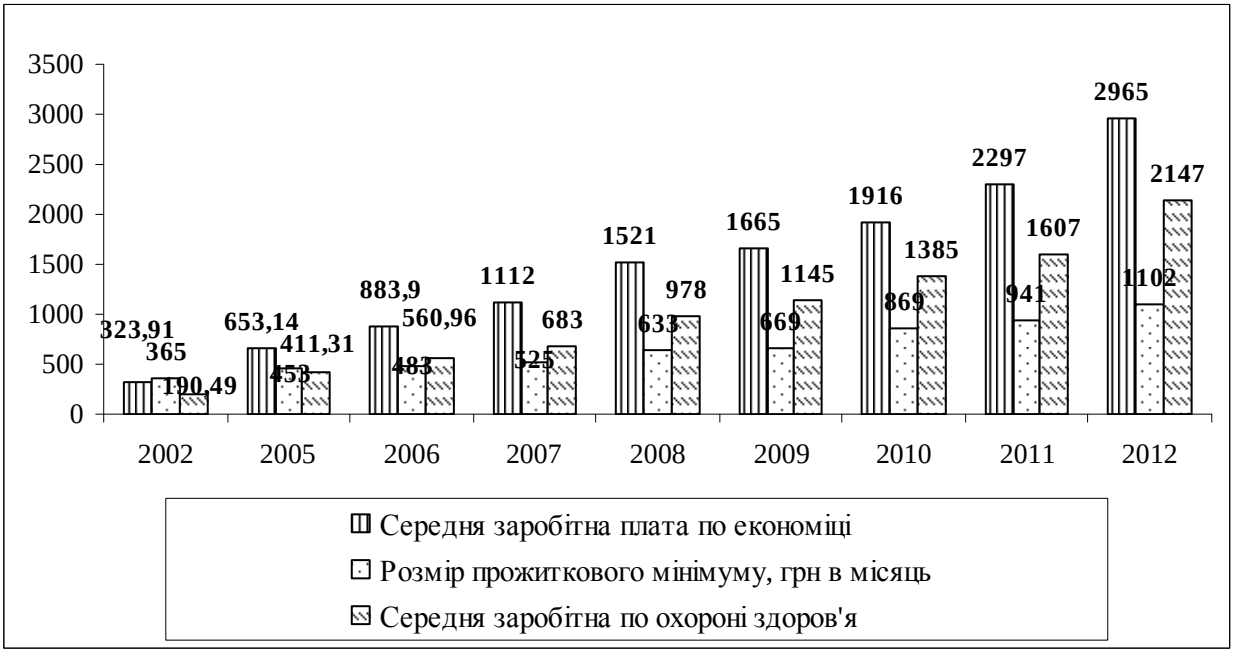

Рис.5. Динаміка розмірів середньої заробітної плати і розміру прожиткового мінімуму за 2005−2012 рр. (станом на 1 січня кожного року)[190 91]

Примітка: 1. Станом на 1 липня 2012 р.

Таким чином, низький рівень мотиваційної складової в кадровій політиці призводить до таких негативних наслідків:

1. Медична галузь втрачає кваліфікованих фахівців. Зокрема, особливо насторожують міграційні процеси (як на рівні галузі, так і міграція кваліфікованих фахівців в інші країни) - Україна є донором трудових ресурсів для країн ЄС та США. За даними експертів, загальносвітова міграція медичних працівників протягом останніх 30 років збільшилася удвічі. Кожний десятий фахівець охорони здоров’я у країнах ЄС є вихідцем з інших країн, у тому числі й з України[92]. Це, переважно особи працездатного віку, більшість з яких – високоспеціалізовані фахівці. Так, за даними науковців, 44 % мігрантів-медиків мали вищу кваліфікаційну категорію, І і ІІ кваліфікаційну категорію – 16 % та 12 % відповідно[93].

2. В медичній галузі підтримується високий рівень тіньових відносин. Зокрема, в ситуації, коли держава перестає бути єдиним покупцем послуг з охорони здоров’я або ціна, яку встановлює держава, вкрай низька і не відповідає витраченим ресурсам на підготовку кадрів, ця «місія» розподіляється між самою державою і, власне, споживачами медичних послуг, тобто − пацієнтами. Так, відповідно до результатів проведеного в лютому 2011 р. соціологічного опитування 68,6 % опитаних мешканців України вимушені

---

[89] Камінська Т.М. Вади державної монопсонії на ринку медичної праці [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vnyua_etp/2011_2/09_Kamin.pdf

[90] Минимальная зарплата в Украине по 2012 год [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://index.minfin.com.ua/index/salary/

[91] Відомості про надання та фінансуванні медичної допомоги населенню 2002−2012 рр. / Дані Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/

[92] Стан кадрового забезпечення медичної галузі в україні [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/13/17/412/118_03_2008.pdf

[93] Рогач І.М. Аналіз підготовки та кадрового забезпечення галузі охорони здоров’я Закарпатської області / І.М.Рогач, Р.Ю.Погоріляк, Л.О.Качала, Р.І.Шніцер// Науковий вісник Ужгородського університету, Серія «Медицина» - 2011. – Випуск 40. – С.246.

були упродовж останнього року сплачувати за послуги лікарів у медичних закладах, не робили цього лише 23,3 %. 43,4 % опитаних зіткнулися з випадками прямого здирництва з боку медпрацівників[94].

Слід зазначити, що за останній рік в напрямі підвищення мотиваційної складової зроблено досить багато. Зокрема, відповідно до статті 10 Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» була прийнята Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»[95], якою було затверджено порядок визначення надбавок за обсяг та якість виконання роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я. Постанова дає свої результати − суттєве підвищення заробітної плати лікарям первинної ланки пілотних регіонів. Згідно з цим документом сімейний лікар отримує оплату залежно від кількості закріплених за ним пацієнтів (так реалізується принцип «гроші ходять за пацієнтом»), їх вікового складу (більша плата за дітей і літніх людей) та якісних показників. Новий метод оплати затвердили у березні 2012 року, і з літа того ж року сімейні лікарі в пілотних регіонах вже отримують зарплату за новими розрахунками: у Дніпропетровській області - 1815-6472 грн, Донецькій - 4500 грн, Вінницькій - 4000-4500 грн, у Києві - 5000-7000 грн.

Крім того, у деяких регіонах сімейних лікарів забезпечують мобільними телефонами та безкоштовним проїздом[96].

Проте стверджувати про суттєве покращення мотиваційної складової кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні поки ще зарано. По-перше, тому що надбавки за якість не відіграють значної ролі, бо через брак детальної методології їх розрахунку в деяких регіонах вони ще не виплачуються. Крім того, більшої ваги вони мають набути лише з часом, коли будуть дані щодо якості роботи сімейного лікаря протягом певного проміжку часу. По-друге, теперішнє підвищення зарплати, переважно забезпечується надмірним навантаженням сімейних лікарів і з часом, коли кількість сімейних лікарів зросте, заробітна плата може зменшитись[97].

2.3.6. Невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери.

Щорічно спостерігається зменшення кількості та якості кадрів сфери охорони здоров'я, що обумовлене:

− незацікавленістю самих студентів у поєднанні з недостатнім рівнем вимог до рівня вищої освіти;

− недостатнім рівнем фінансування медичної освіти та оплати праці викладацького складу;

− неефективним використанням клінічних баз і, відповідно, незадовільним станом системи відпрацювання практичних навичок;

− високим рівнем корумпованості додипломної та післядипломної освіти[98] ;

---

[94]Украинцы считают систему здравоохранения коррумпированной.- [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://health.unian.net/rus/detail/217082

[95] Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я / Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209. [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/209-2012-%D0%BF

[96] Как вылечить медицину [Электронный ресурс]. − Режим доступа : http://www.epravda.com.ua/rus/columns/2012/09/28/337448/

[97] Там само

[98] Виноградов О.В. Анализ влияния коррупции на кадровые ресурсы системы здравоохранения Украины [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://droz.kiev.ua/doc2/3.doc

− відпливом кваліфікованих кадрів з державних медичних закладів (причинами чого є внутрішня, зовнішня міграція, перехід в приватні медичні заклади, перехід в іншу галузь, наприклад, в фармацевтичну);

− недостатнім рівнем контролю та аудиту діяльності персоналу[99].

Щодо якості підготовки кадрів, за даними аудиторів, в медичних закладах, наприклад, Донецької, Дніпропетровської (пілотна область) та Луганської областей станом на початок 2011 року у 824 лікарів закінчився термін дії свідоцтв про присвоєння відповідної категорії. В той час як офіційна звітність демонструє повний порядок: у 2010 році змогли підвищити кваліфікацію майже 95 тис. слухачів, що становить 114,7 % від запланованої кількості[100].

Система додипломної медичної освіти, яку досі вважали однією з найкращих, останнім часом втрачає свої позиції. Основним чинником цього є відсутність належної бази для практичного відпрацювання навичок, в результаті поглиблення розриву між вузівськими кафедрами та клінічними базами.

Суттєвим недоліком вищої медичної освіти в Україні є недостатня клінічно-практична підготовка майбутніх лікарів, на яку відповідно до навчального плану підготовки фахівців за напрямом відводиться значно менше кредитів. Ці недоліки значною мірою обумовлені недостатнім фінансуванням і недостатньо ефективними матеріально-технічними умовами та недостатньою клінічною базою вітчизняних вищих медичних шкіл.

Крім того, науковці, представники вищої медичної школи вказують, що перебіг реформи в пілотних регіонах висвітлив важливу проблему, яка стосується медичних університетів, — це підготовка кадрів для розвитку первинного рівня медико-санітарної допомоги. Власне, університети готують лікарів загальної практики, але після інтернатури вони отримують конкретну спеціалізацію — хірурга, терапевта, психіатра і т.д. А сімейний лікар проходить прискорені чотиримісячні курси перепідготовки, що не вирішує проблеми ні кількісно, ні, тим більше, якісно. Вирішення даного питання можливе шляхом зміни системи спеціалізації в інтернатурі після того, як випускники відпрацюють сімейними лікарями два-три роки. Така система довела свою ефективність у розвинених країнах світу[101].

Таким чином, основними проблемами кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я в Україні є:

- диспропорція кадрового забезпечення;
- значне постаріння кадрового потенціалу;
- зростання плинності та міграції (внутрішньої, зовнішньої, внутрішньогалузевої та міжгалузевої);
- низька ефективність використання наявного потенціалу;
- падіння якості фахової освіти;
- незадовільна якість післядипломної освіти;
- недостатній досвід та організаційна роль керівного складу.

Проблеми кадрового забезпечення містять у собі низку ризиків:

1. Унеможливлення проведення реформування медичної галузі, а саме – досягнення її основної мети – забезпечення рівного доступу населення до гарантованої якісної медичної допомоги.

---

[99] Слабкий Г.О. Кадрова політика [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2

[100] Дорога утриманка [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://dt.ua/HEALTH/doroga_utrimanka-86040.html

[101] Хто нас завтра лікуватиме [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://dt.ua/HEALTH/hto_nas_zavtra_likuvatime-99247.html

2. Розпорошення і неадекватне використання державного фінансування.
3. Відхід від соціально орієнтованих принципів державної політики у сфері охорони здоров’я та повна комерціалізація української медицини.
4. Погіршення медико-демографічної ситуації в країні.

3. Основні напрями оптимізації кадрової політики в сфері охорони здоров’я в Україні

Як було показано в попередніх розділах, відсутність чіткої державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я призводить до кількісної та якісної кризи трудових ресурсів сфери охорони здоров’я в Україні, щ остає на заваді реалізації реформ у цьому секторі..

Тому, для досягнення найкращих результатів у реформуванні вітчизняної охорони здоров’я галузева кадрова політика повинна обґрунтовано розроблятися з урахуванням реальних потреб вітчизняної сфери охорони здоров’я та завдань її реформування. Для вирішення кадрових питань необхідно ***розробити і прийняти Державну Концепцію кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я в Україні***.

Реалізація Державної Концепції має включати:

1. Короткостроковий період, який передбачає:

− вдосконалення нормативно-правової бази;

− розробка та впровадження ефективних методів та інструментів для реалізації кадрової політики;

− створення національної обсерваторії кадрових ресурсів охорони здоров'я як центру збору даних, моніторингу, аналізу та проведення досліджень для надання рекомендацій з метою прийняття управлінських рішень;

− створення єдиного реєстру медичних працівників;

− продовження підготовки відповідних медичних кадрів (СМП, лікарів, управлінців);

− робота над забезпеченням мотиваційної складової;

− активне залучення професійних асоціацій у вирішення проблем КРОЗ;

− активну співпрацю з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрових ресурсів охорони здоров'я тощо.

2. Довгостроковий період, який передбачає:

− проведення моніторингу та оцінки ефективності реалізованих на першому етапі заходів та відповідне вдосконалення нормативно-правової бази, в залежності від результатів реалізації цих заходів;

− запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки і при наявності ризику у зв'язку з медичним втручанням;

− поетапний перехід на оптимальну систему співвідношення медичних кадрів; досягнення співвідношення чисельності лікарів та середнього медичного персоналу 1 до 4 (7-8) для патронажної служби;

− формування професійного самоврядування у вирішенні питань кадрової та інноваційної політики, розробці єдиних стандартів надання медичної допомоги та оцінці її якості;

− продовження реалізації поставлених в Концепції цілей.

При цьому, в структурі Концепції необхідно передбачити вирішення наступних питань.

3.1. Вдосконалення нормативно-правової бази кадрової політики

Одним із першочергових напрямів оптимізації кадрової політики сфери охорони здоров’я має бути вдосконалення регуляторної бази, виходячи з наявних проблем галузі, умов її розвитку та враховуючи рекомендації та досвід міжнародної практики.

Реалізація даного напряму має починатися з систематизації та узгодженості чинної нормативно-правової бази, що регламентує питання кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я в Україні (питання підготовки, розподілу, працевлаштування медичних кадрів, управління кадрами, підвищення мотиваційної складової тощо). Даний напрям вдосконалення кадрової політики в сфері охорони здоров’я передбачає:

- Розробку професійних стандартів фахівців охорони здоров'я, що дозволить сформувати єдині підходи до встановлення нормативів по різних розділах медичної, соціальної, психологічної тощо видів допомоги і сприятиме раціональному використанню кадрових ресурсів охорони здоров'я.

- Удосконалення нормативно-правових актів щодо номенклатури спеціальностей і посад працівників сфери охорони здоров'я, кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей тощо.

- Удосконалення обліково-звітної документації кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я, системи моніторингу та критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників, вироблення ефективних механізмів підвищення мотивації тощо.

- Удосконалення системи збору й обробки вірогідної бази даних (як в регіональному, територіальному (місто-село) розрізі, так і на рівні держави, використовуючи принцип єдиного медичного простору, тобто враховуючи показники як державних, так і відомчих і приватних медичних закладів), що дозволить проводити цілісний аналіз ситуації в медичній сфері, дозволить вдосконалити механізми прогнозування та планування кадрових ресурсів охорони здоров'я, а також відстежити їхню ефективність. Зокрема, з метою підвищення ефективної системи планування і прогнозування медичних кадрів у систему звітності слід включати такі показники, як показники вікової структури і приросту населення, існуючі та прогнозовані потреби в медичних кадрах, їх розподіл з урахуванням спеціалізації, усунення дублювання функцій, перерозподіл функцій між медичним персоналом, можливості використання немедичних працівників у сфері охорони здоров'я, вплив процесів міграції, співвідношення витрат на збільшення числа медичних працівників у порівнянні з іншими заходами (витрати на профілактику захворювань і т.д.), прогноз зміни епідеміологічної ситуації та пов'язане з цим скорочення або збільшення потреби у медичних послугах. Дані показники повинні враховуватися при складанні планів професійної спеціалізації випускників медичних вузів, проведення спеціалізації в закладах післядипломної освіти, формуванні державного замовлення на підготовку кадрів з охорони здоров’я (не лише лікарів, а й середнього медичного персоналу, соціальних працівників, задіяних в процес діяльності сфери охорони здоров’я, психологів та ін.) тощо.

- Посилення механізмів контролю та покарання, в разі невиконання (як зі сторони замовника медичних кадрів, так і зі сторони молодих спеціалістів) процедури працевлаштування молодих спеціалістів, які навчалися за державним замовленням.

3.2. Вдосконалення механізмів планування

Перспективне кадрове планування можливе лише за умови наявності вірогідної інформації про кількість медичних працівників (лікарів різного профілю та середнього медичного персоналу) в кожному регіоні і країні в цілому. Тому для реалізації даного напряму кадрової політики в охороні здоров’я необхідно:

− Удосконалити систему збору статистичної інформації щодо кадрового складу сфери охорони здоров’я, зокрема проводити облік всіх медичних кадрів певної адміністративної території, враховуючи приватні медичні заклади та приватно практикуючих лікарів, у пунктах статистичної звітності виокремити такі питання:

1. кількість практикуючих лікарів,
2. кількість фахівців − не медиків (наприклад, соціальних працівників),
3. кількість служб, задіяних у виконанні завдань сфери охорони здоров’я (а також потреби в них),
4. кількість управлінців СОЗ, які пройшли підготовку з державного управління сферою охорони здоров’я тощо;

− Створити автоматизовану систему регіональних центрів збору звітності щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я на відповідній території;

− Організувати навчання персоналу регіональних кадрових служб сучасним підходам збору даних, аналізу, планування, прогнозування і управління кадровими ресурсами сфери охорони здоров’я;

− Кожному регіону країни розробити та затвердити регіональні програми кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я, яка б відповідала сучасному стану і розвитку медичної галузі в регіональному та місцевому розрізі.

− На основі комплексного аналізу потреб регіону в медичних кадрах формувати програми цільової підготовки медичних кадрів для найбільш запитуваних спеціалізацій;

− Забезпечити підготовку управлінських кадрів сфери охорони здоров’я (менеджерів, магістрів з управління охороною здоров’я), в навчальний процес яких обов’язково включати питання вивчення сучасних і ефективних методик використання ресурсів охорони здоров'я, стратегічного планування, менеджменту і суспільної охорони здоров'я.

3.3. Вдосконалення мотиваційної складової

Одним із ключових питань вдосконалення механізмів кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я в Україні повинне бути посилення мотиваційної складової. Для реалізації даного напряму кадрової політики в охороні здоров’я необхідно:

− провадити систему підвищення заробітної плати медичним працівникам сфери охорони здоров’я (не лише в пілотних регіонах, а на рівні держави), в залежності від рівня кваліфікації медичних працівників, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також безперервності стажу роботи.

− запровадити індикатори якості, процедуру анонімного анкетування споживачів послуг з охорони здоров’я для визначення ступеня вдоволеності місцевої громади рівнем кваліфікації медичних працівників;

− забезпечити підвищення пенсій медичним працівникам, які мають безперервний стаж роботи у державних та комунальних закладах охорони здоров'я понад 25 років, для цього внести відповідні зміни в Закон України «Про пенсійне забезпечення»;

− з метою заохочення медичних кадрів працювати на первинній ланці (як у сільській місцевості, так і в міській – в регіонах, де найбільший дефіцит кадрів первинної ланки) необхідно:

- забезпечити отримання службового житла (будинок або квартира) з правом набуття права власності, при умові безперервної роботи не менше 15 років;

В державному бюджеті передбачити відповідні кошти для побудови такого житла. Або забезпечити можливість отримання довготривалого кредиту під 1−2 % на придбання індивідуального житла, автотранспорту для медичних працівників;

- в систему «місцевих стимулів» включати: оснащення робочого місця, відповідно до табеля оснащення, створення умов щодо доступності регулярного підвищення професійного рівня медичних працівників шляхом максимального наближення освітніх послуг до місця проживання, у тому числі за рахунок дистанційних форм навчання (для цього забезпечити доступ до Інтернету), телелекцій, телеконсультацій, безкоштовної передплати на вітчизняні фахові періодичні видання, а також розвитку інфраструктури села (забезпечення дітей дитячими садочками, школами тощо);

− з метою захисту медичних працівників, працюючих в особливих умовах доцільно провести атестацію робочих місць на відповідність нормам безпеки праці. З метою зниження та профілактики виробничого травматизму забезпечити розробку територіальних програм щодо поліпшення умов і охорони праці, а також аналогічних програм - безпосередньо в організаціях охорони здоров'я.

− з метою вдосконалення соціальної захищеності медичних працівників при здійсненні професійної діяльності необхідно створити систему державного соціального страхування відповідальності на випадок професійної помилки, особливо при наявності ризику медичного втручання (на первинному рівні).

Примітка: Згідно офіційних заяв питання підвищення мотивації медичних працівників (особливо на первинній ланці та в сільській місцевості) є одними із пріоритетних завдань в сучасній політиці розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я. Про це неодноразово звітували і органи місцевої влади, і посадовці центральних органів влади. Разом з тим, проведений нами аналіз звітів «Про результати виконання заходів Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року» (за 2008−2011 роки), завдання щодо «Забезпечення розвитку медичного обслуговування у сільській місцевості» та «Розвиток житлового будівництва і комунального господарства» (в частині забезпечення житлом працівників освіти, культури, охорони здоров'я, працівників бюджетних установ та організацій агропромислового комплексу, які проживають у сільській місцевості) свідчить про відсутність фінансування зазначених завдань.

3.4. Вдосконалення якості підготовки медичних кадрів

Не менш важливою складовою вдосконалення державної політики кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні має стати покращення якості медичних послуг шляхом не лише модернізації медичної галузі, але й підвищення рівня професіоналізму медичних кадрів та управлінської ланки. Для цього необхідно:

− переглянути практику використання пільг при вступі у вищі медичні навчальні заклади;

− посилити механізми вдосконалення підготовки кадрів (додипломної й післядипломної освіти), а саме практичної підготовки фахівців та їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці;

− забезпечити обов'язкову спеціальну підготовку управлінських кадрів, здатних працювати в умовах ринкової економіки;

− посилити вимоги до акредитації та ліцензування медичної практики.

Висновки та рекомендації

Таким чином, одними із основних питань, які мають бути вирішені для забезпечення реформи галузі охорони здоров'я, повинні бути питання кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Про це вказують і міжнародні експерти: «мета кадрової політики в рішенні проблем охорони здоров'я - підготувати потрібних працівників потрібної кваліфікації, поставити їх у потрібне місце і дати потрібне завдання! − І при цьому зберегти гнучкість з метою реагування на кризові ситуації, вирішувати існуючі проблеми і передбачати майбутні події. Шаблонний підхід у цьому випадку працювати не буде, оскільки ефективні стратегії в сфері кадрових ресурсів повинні відповідати унікальним умовам і особливостям ситуації кожної конкретної країни.»[102]

Враховуючи вищезазначене, з метою вдосконалення державної кадрової політики у вітчизняній сфері охорони здоров'я слід запропонувати наступне**:**

− З метою вирішення проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні на державному рівні розробити та прийняти Державну Концепцію кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. Для цього доцільно утворити міжвідомчу робочу групу з питань розробки даної Концепції;

− З метою посилення механізмів контролю та покарання, в разі невиконання (як зі сторони замовника медичних кадрів, так і зі сторони молодих спеціалістів), процедури працевлаштування молодих спеціалістів, які навчалися за державним замовленням, Кабінету Міністрів України затвердити Порядок визначення та відшкодування випускниками вартості навчання у разі порушення ними умов угоди про працевлаштування;

− З метою формування єдиних підходів до встановлення нормативів по різних розділах медичної, соціальної, психологічної тощо видів допомоги, що сприятиме раціональному використанню кадрових ресурсів охорони здоров'я, розробити професійні стандарти фахівців з охорони здоров'я;

− З метою вдосконалення системи статистичної звітності, ширше застосовувати систему автоматизації кадрового й статистичного обліку в медичних закладах як на державному, так і на регіональному рівнях. При цьому в систему збору звітності внести такі питання: кількість практикуючих лікарів, кількість фахівців − не медиків (наприклад, соціальних працівників) і служб, задіяних у виконанні завдань сфери охорони здоров'я (а також потреби в них), кількість управлінців СОЗ, які пройшли підготовку з державного управління сферою охорони здоров'я тощо;

---

[102] Совместная работа на благо здоровья / Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. − [Электронный ресурс]. − Режим доступу : http://www.who.int/publications/list/whr2006_overview/ru/index.html

− Створити автоматизовану систему регіональних центрів збору звітності щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я на відповідній території;

− Організувати навчання персоналу регіональних кадрових служб сучасним підходам збору даних, аналізу, планування, прогнозування і управління кадровими ресурсами сфери охорони здоров’я;

−Кожному регіону країни розробити та затвердити регіональні програми кадрового забезпечення сфери охорони здоров’я, яка б відповідала сучасному стану і розвитку медичної галузі в регіональному та місцевому розрізі;

− З метою вдосконалення підготовки кадрів (додипломної й післядипломної освіти), а саме практичної підготовки фахівців та їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці, МОЗ України, НАМН, головним управлінням охорони здоров'я обласних держадміністрацій забезпечити створення в Україні мережі університетських клінік та лікарень, а також тренінгових центрів для відпрацювання практичних навичок. В державному бюджеті передбачити кошти на оснащення тренінгових центрів;

− З метою вдосконалення управлінської ланки сфери охорони здоров’я, в посадових вимогах до управлінських кадрів внести вимогу наявності відповідної підготовки в Національній академії державного управління за спеціальністю магістр з державного управління;

−З метою забезпечення рівного доступу до вищої медичної освіти, скасувати відповідні норми, якими передбачені пільги на позаконкурсний вступ до вищих навчальних закладів.

− З метою усунення регіональної, соціальної (місто−село) диспропорції в розподілі кадрового потенціалу, ширше використовувати систему цільового направлення на підготовку кадрів (особливо серед сільської молоді, а також молоді «проблемних» регіонів). Для цього передбачити відповідні кошти в місцевих бюджетах.

− З метою вдосконалення якості підготовки сімейних лікарів, запровадити 2−х річну інтернатуру з сімейної медицини;

− З метою підвищення рівня знань та умінь медичних кадрів, удосконалити системи ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів, атестації кадрового складу сфери охорони здоров’я. З метою забезпечення прозорості та об’єктивності їхніх результатів забезпечити залучення громадських організацій (об’єднань споживачів медичних послуг та медичних працівників) до процесу акредитації та ліцензування

Для підвищення мотиваційної складової управління кадровими ресурсами медичної галузі необхідно:

− запровадження диференціації розміру оплати праці медичних та фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також безперервності стажу роботи. Для цього слід широко запровадити індикатори якості, процедуру анонімного анкетування споживачів послуг з охорони здоров’я для визначення ступеня вдоволеності місцевої громади рівнем кваліфікації медичних працівників;

− запровадження підвищення пенсій медичним працівникам, які мають безперервний стаж роботи у державних та комунальних закладах охорони здоров'я понад 25 років, для цього внести відповідні зміни в Закон України «Про пенсійне забезпечення»

− Створення фонду службових квартир. В державному бюджеті необхідно передбачити відповідні кошти для побудови такого житла. Або забезпечити можливість отримання довготривалого кредиту під 1−2 % на придбання житла для медичних працівників, особливо первинної ланки, в регіонах, де особливо гостро стоїть питання забезпеченістю кадрами.