

**Заяць Г. С.,**

*аспірантка Інституту економіки природокористування та сталого розвитку НАН України*

## **КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: АСПЕКТИ МОДЕРНІЗАЦІЇ**

*У статті висвітлено актуальні проблеми кадрового забезпечення охорони здоров'я України, шляхи їх подолання та важливість посилення державного впливу на цю сферу з метою оптимізації мережі медичних закладів, підвищення якості медичних послуг, формування ефективної системи медичного обслуговування населення.*

**Ключові слова:** *кадрове забезпечення, модернізація, охорона здоров'я, державне фінансування, медична допомога.*

*В статье освещены актуальные проблемы кадрового обеспечения здравоохранения Украины, пути их преодоления и важность усиления государственного влияния на эту сферу с целью оптимизации сети медицинских учреждений, повышение качества медицинских услуг, формирования эффективной системы медицинского обслуживания населения.*

**Ключевые слова:** *кадровое обеспечение, модернизация, здравоохранение, государственное финансирование, медицинская помощь.*

*The article highlights the current problems of healthcare staffing of Ukraine and ways to overcome them and the importance of strengthening the state's influence on this area in order to optimize the network of medical institutions, improving the quality of health services, the formation of an effective system of medical care.*

**Keywords:** *staffing, modernization, health care, public funding for health care, medical aid.*

**Постановка проблеми.** Високий рівень захворюваності, інвалідності та смертності населення України та необхідність забезпечення на державному рівні ефективних заходів, орієнтованих на досягнення активного довголіття і високої тривалості життя населення вимагають опрацювання нових підходів до вирішення кадрових проблем у медичній сфері. Наразі актуалізується соціальна відповідальність держави та бізнесу за створення умов, необхідних для успішного функціонування охорони здоров'я як основи забезпечення життєдіяльності населення.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Сучасний стан кадрового забезпечення охорони здоров'я України розглядався у наукових працях таких вчених, як В. Куценко, В. Новіков, В. Козак, О. Кочерга, Б. Селигмен, Л. Шевчук, Л. Черенько.

**Мета і завдання дослідження.** Оцінка рівня кадрового забезпечення охорони здоров'я України та пропозиції щодо його покращення.

**Виклад основного матеріалу.** Збереження здоров'я української нації є першочерговим пріоритетом державної соціальної політики. У цьому зв'язку важливим є посилення державного впливу на прискорення процесів модернізації охорони здоров'я з метою оптимізації мережі медичних закладів, підвищення якості медичних послуг, формування ефективної системи медичного обслуговування населення віддалених територій. Варто зазначити, що серед сучасних проблем ресурсного забезпечення цієї галузі одне з провідних місць належить саме кадровій – її вирішення сприятиме пошуку нових моделей розвитку вітчизняної медицини, своєчасному та якісному наданню цих послуг, їх доступності для усіх категорій населення, незалежно від місця проживання та матеріального статку.

Проте неефективна система планування кадрового складу, що ґрунтується на достатньо жорстких кадрових нормативах та архаїчній системі визначення потреби в медичних кадрах зводить нанівець ці зусилля, насамперед на місцевому рівні. Ситуацію ускладнює відсутність стратегічного кадрового планування, неефективність інвестиційних механізмів державної підтримки соціогуманітарної сфери.

Модернізація механізму кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України та її регіонів повинна здійснюватися відповідно до завдань її реформування на основі реструктуризації медичної допомоги на первинну, вторинну та третинну. Згідно з цим кадровим пріоритетом є першочергове забезпечення лікарями закладів первинної медико-санітарної допомоги, організованих за територіальною ознакою, представлених здійсненням діагностики та лікуванням найбільш поширених у країні хвороб, консультуванням, здійсненням профілактичних заходів, а також у випадку необхідності направлення для надання спеціалізованої допомоги.

Не менша увага має бути приділена кадровій комплектації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що надається фахівцями у вузькій галузі медицини, насамперед у сфері так званої «інтенсивної (екстренної) допомоги», яка за останні роки набула значного розвитку в європейських країнах. Для закладів третинної медичної допомоги (високоспеціалізованої), що застосовують новітні медичні технології та потужні стаціонарні лікарні (клінічні заклади медичних ВНЗ, клініки науково-дослідних інститутів, обласні лікарні), необхідною є підготовка висококваліфікованих та досвічених лікарських кадрів на рівні європейських вимог та створення їм належних умов для ефективної роботи в таких спеціалізованих медичних закладах.

Основою державного впливу на кадрове забезпечення охорони здоров'я є цільове фінансування, яке протягом 2000-2011 рр. становило близько 2,9-3,7% до ВВП з деяким підвищенням показників у 2009-2010 рр. За оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, скорочення витрат на медицину в Україні до рівня нижче 4% визнано як критичне, що не забезпечує необхідної якості та доступності медичних послуг для широких верств населення. За рівнем цих витрат у розрахунку на одну особу Україна істотно відстає не тільки від європейських країн, але й від країн близького зарубіжжя [1].

Загально визнано, що будь-які зміни у механізмі державного фінансування охорони здоров'я повинні відбуватися з урахуванням як структурних змін у медичному обслуговуванні населення (співвідношень між амбулаторною, стаціонарною, швидкою медичною допомогою, а також профілактичним та спеціалізованим лікуванням), так і зрушень в основних кадрових пропорціях, сформованих в охороні здоров'я. У зв'язку з цим цілком закономірно модернізацію механізму кадрового забезпечення цієї галузі розглядати як похідний процес від визначеної в державних програмах системи дій щодо оптимізації медичного обслуговування населення й реформування бюджетного фінансування.

Визнаючи провідну роль державного фінансування у формуванні належного кадрового забезпечення охорони здоров'я, необхідно підкреслити важливість інших джерел фінансування, зокрема наявності платоспроможного попиту на медичні послуги з боку населення та юридичних осіб, благодійних внесків тощо.

Таблиця 1  
Динаміка державних видатків на охорону здоров'я в Україні, 2000-2011 рр.

Показники	Роки					2011 р. у % до 2000 р.
	2000	2005	2009	2010	2011	
Державні видатки на охорону здоров'я, % до ВВП	2,9	3,5	4,0	4,1	3,7*	0,8
До загальних видатків, %	10,2	10,9	11,8	11,8	11,7*	1,5

Джерело: Мережа та кадри закладів охорони здоров'я: стат. зб. – К.: Державний комітет статистики України, 2011.

Внаслідок недосконалості державного фінансування охорони здоров'я в Україні, яке здійснюється здебільшого у розрахунку на ліжко-місце, реальні потреби населення у медичних кадрах та їх послугах практично не враховуються. На тлі збільшення ємкості денних стаціонарів за останні роки підвищення якісних параметрів розвитку охорони здоров'я, у тому числі в аспекті кадрового забезпечення, на жаль, не відбулося.

Основою висококваліфікованого кадрового забезпечення охорони здоров'я є лікарі усіх спеціальностей, чисельність яких в Україні протягом 2000-2011 рр. зберігалася відносно стабільною з незначним скороченням (на 0,9 %) і становила у 2011 р. 224 тис. осіб; чисельність середнього медичного персоналу – 459 тис. осіб. Найвищі показники чисельності лікарів за досліджуваний період припадали на 2000-2001 рр. (226 тис. осіб); найнижчі – на 2008 р. (222 тис. осіб). На відміну від динаміки чисельності лікарів країни аналогічні показники щодо середнього медичного персоналу зазнали істотних змін, їх спадна динаміка відзначається з 2000 р. Певне зростання чисельності середнього медичного персоналу з 2009 р. змінилося на скорочення у 2011 р. здебільшого через низьку оплату праці, високі фізичні та нервово-емоційні навантаження, незручний режим роботи.

Внаслідок відсутності державної стратегії та програми кадрового забезпечення охорони здоров'я в Україні та її регіонах, недостатньої уваги з боку органів влади до вирішення цієї проблеми сформовано територіально асиметричний розподіл лікарів і середнього медичного персоналу за регіонами країни, зу-

мовлений відмінностями в соціально-економічному потенціалі регіонів та пріоритетах розвитку галузей господарського комплексу. У 2011 р. найвищий рівень забезпеченості населення лікарями у розрахунку на 10 тис. осіб мав місце у м. Києві та Чернівецькій області – 63,5; найнижчий – у Кіровоградській області – 36,3 осіб. Такі істотні міжрегіональні відмінності свідчать про слабкість державного впливу на регіональні процеси кадрового забезпечення охорони здоров'я, відсутність чітких орієнтирів та визначених завдань у цій сфері.

Не менш важливе значення для успішного функціонування охорони здоров'я має належна забезпеченість середнім медичним персоналом, яка у розрізі регіонів країни характеризується істотними відмінностями. У 2011 р. найвищі значення цього показника у розрахунку на 10 тис. населення простежувалися в Рівненській області – 115,0 осіб; найнижчі – в Миколаївській області – 84,8 особи, тобто відмінності становили 1,4 раза.

У вирішенні кадрових проблем охорони здоров'я України важливе значення має оптимізація їх структури за спеціальностями, яка у 2011 р. характеризувалася домінуванням терапевтів (46,1 тис. осіб або 20,5%), хірургів (32 тис. осіб або 14,3%), стоматологів (29,7 тис. осіб або 13,3%). Саме за цими спеціальностями лікарів в Україні сформовано найвищий рівень забезпечення населення у розрахунку на 10 тис. населення, що становив відповідно 10,2, 7,0 та 6,5 осіб. Безумовно, наразі не існує чітких рекомендацій щодо визначення оптимальних співвідношень між контингентами лікарів різних спеціальностей, проте загально визнаним є положення про необхідність узгодження їх професійної підготовки з потребами саме цього сегмента ринку праці, що, своєю чергою, орієнтується на конкретну структуру потреб населення в медичних послугах та лікарських кадрів певної спеціалізації.

Найнижчою є забезпеченість лікарями (на 10 тис. населення) за такими спеціальностями, як лікарі з лікувальної фізкультури та спортивної медицини (0,1 особа), а також фізіотри (0,6 осіб), що навряд чи можна визнати виправданим у сучасних умовах зниження потенціалу здоров'я населення країни та несприятливої епідеміологічної ситуації з туберкульозу, СНІДу та інших соціально небезпечних хвороб.

В Україні простежується зростаюча динаміка за усіма групами захворювань населення країни, окрім психічних захворювань. При зростанні протягом 2000-2010 рр. відносного показника загального рівня захворюваності населення країни на 6,5% за конкретними групами захворювань аналогічні показники становили: хвороби органів дихання – 6,5, нервової системи – 8,0, системи кровообігу – 10,2, органів травлення – 1,1, новоутворень – 18%. Внаслідок такої структури захворюваності, нездорового способу життя та соціальних проблем в Україні лише 21-23% населення оцінюють стан власного здоров'я як добрий; у європейських країнах цей показник становить близько 64-78% [1]. Така ситуація доводить необхідність активізації сучасної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, підвищення якості підготовки медичних кадрів з погляду потреб практики, зокрема структури захворюваності населення та вимог територіальної, фінансової і кадрової доступності медичних послуг.

В Україні більшість населення країни користується медичними послугами, наданими амбулаторно чи під час виїздів швидкої медичної допомоги. Внаслідок певного зростання загального рівня захворюваності населення порівняно з 2000 р. простежується підвищення показника чисельності населення, якому надано медичну допомогу (у розрахунку на 1 000 населення) – з 285 осіб у 2000 р. до 294 осіб у 2010 р., або на 3,2%. За умов незмінності чисельності медичного персоналу це зумовлює зростання їх фізичного та нервово-емоційного навантаження.

Оцінюючи рівень кадрового забезпечення, необхідно зазначити, що за даними Міністерства охорони здоров'я України ця пріоритетна галузь соціогуманітарної сфери відчуває нестачу висококваліфікованих кадрів – рівень укомплектованості лікарями становить близько 79,5%, у тому числі лікарями обласних лікарень – 85,1%, міських – 77,8, центральних районних лікарень – 76,2, дільничних – 71,3, селищних лікарських амбулаторій – 69,2%. Найнижчий рівень укомплектованості селищних амбулаторій зумовлений загальними соціально-економічними проблемами розвитку цих територій, зокрема низькою наповнюваністю місцевих бюджетів, хронічним недофінансуванням охорони здоров'я, соціально-побутовими проблемами лікарських кадрів, що працюють у медичних закладах цих територій [3].

На тлі загальної тенденції старіння населення країни та її регіонів, низької привабливості цієї сфери діяльності для молоді серед медичних кадрів починає стрімко зростати чисельність пенсіонерів та осіб передпенсійного віку, частка яких у 2011 р. досягла 24,5%. Наразі майже кожний четвертий працівник охорони здоров'я є пенсіонером. Порівнюючи цей показник з аналогічними показниками інших галузей, можна дійти висновку про лідерство охорони здоров'я та освіти в темпах старіння зайнятих працівників.

У контексті досліджуваних проблем варто зазначити, що, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, чисельність лікарів на 10 тис. населення в європейських країнах становить близько 36,0 осіб

[2], в тому числі у Німеччині – 33,7, Франції – 33,5, Швеції – 32,6, Польщі – 22,4 осіб. Аналогічний показник в країнах СНД становить близько 37,2 осіб.

Здійснюючи порівняння між країнами, потрібно вказати на причини, з яких досить проблематично об'єктивно оцінити рівень кадрового забезпечення: встановлені нормативи чисельності медичних кадрів не завжди відображають реальні потреби, тут присутній елемент суб'єктивних оцінок; методологія визначення чисельності необхідних медичних кадрів в Україні та в європейських країнах дещо різна.

Основна відмінність полягає в тому, що за європейською методологією обрахунку лікарських кадрів до них зараховують лише осіб, які безпосередньо залучені до лікування хворих; за вітчизняною методологією до цієї категорії входять особи з вищою медичною освітою, зайняті не лише безпосередньо в лікувальних закладах, але й в науково-дослідних інститутах, у сфері підготовки медичних кадрів, санаторно-курортних закладах та закладах соціального захисту населення тощо. У зв'язку з цим ми погоджуємося з висновком про те, що реальний показник чисельності практикуючих лікарів в Україні протягом останніх років знаходиться на рівні близько 26,5–30,0 осіб на 10 тис. населення, що відповідає показникам більшості європейських країн [4].

**Висновки.** Отже, модернізація механізму кадрового забезпечення повинна забезпечити вирішення таких завдань: залучення у цю сферу діяльності висококваліфікованих фахівців з усталеними морально-етичними поглядами та принципами діяльності; забезпечення високої мотивації до результативної праці на основі належної винагороди; стимулювання медичних кадрів на основі розширення господарської самостійності цих закладів; оптимізація структури медичного персоналу через реформування організації медичної допомоги та мережі цих закладів; підвищення рівня кадрового забезпечення медичних закладів спеціалізованими фахівцями з метою доступності медичних послуг та гарантування безоплатної медичної допомоги в державних та муніципальних медичних закладах.

#### **Література:**

1. Вітренко Ю. Реформування охорони здоров'я: погляд економіста // Соціальна політика і соціальна робота / Ю. Вітренко. – 2004. – № 1 – С. 41–56.
2. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/>.
3. МОЗ: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>.
4. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко // 2002. – С. 21.