

Г. О. Слабкий¹, Г. В. Шпак², П. В. Лисенко²

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

²Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

ВПЛИВ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ НА ПОДОЛАННЯ ДЕФІЦИТУ МЕДИЧНИХ КАДРІВ, ПІДВИЩЕННЯ ЇХ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Наведено аналіз можливого впливу законодавства України на подолання дефіциту медичних кадрів, підвищення їх кваліфікації та якості медичної допомоги

Ключові слова: законодавство, медичні кадри, якість медичної допомоги

Мета роботи: проаналізувати законодавчу базу України з питань кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України та підвищення якості медичної допомоги.

Матеріали та методи, що використані під час виконання роботи: законодавча база України з питань кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України та підвищення якості медичної допомоги проаналізована за допомогою контент - аналізу.

Результати та їх обговорення

Питання підготовки медичних кадрів регулюються положеннями Закону України «Про вищу освіту» [1] і підзаконними нормативно-правовими актами МОН та МОН України.

Незважаючи на формально достатню кількість випускників медичних ВНЗ (щорічно дипломи лікарів в Україні отримують тисячі випускників), вакантними залишається значна кількість посад лікарів (біля 75 000 медпрацівників).

За підрахунками фахівців, для ліквідації цього дефіциту знадобиться понад вісім років. І це за умови, що всі випускники доїдуть до місця призначення.

Дефіцит медичних кадрів особливо відчутний у сільській місцевості.

Для вирішення зазначеної проблеми необхідно збільшити держзамовлення. На сьогодні співвідношення студентів, які навчаються за державним замовленням та на умовах контракту, має становити відповідно 51 і 49%. Це регламентується Законом України «Про вищу освіту» та чинними нормативно-правовими актами Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України. Слід залучати різні джерела фінансування підготовки кадрів – кошти місцевих бюджетів, юридичних та фізичних осіб. Серед фахівців обговорюється пропозиція щодо доцільності скорочення терміну навчання в університеті для найкращих випускників медичних коледжів, зараховуючи їх на 2–3 курс.

Основні причини небажання працювати біль-

шості випускників обумовлюється не бажанням працювати в сільських регіонах через брак житла, нерозвинену інфраструктуру, безперспективність їх професійного росту в медичній сфері і мізерну зарплату молодих лікарів (заробітна плата медичного працівника найнижча серед зарплат працівників усіх галузей).

Для подолання цієї проблеми у світі є відпрацьована модель, так звана система грантів. Замовник кадрів укладає з абітурієнтом договір, згідно з яким після закінчення ВНЗ молодий спеціаліст зобов'язується певний час відпрацювати у лікувальному закладі. Якщо ні – змушений буде повернути гроші, витрачені на його навчання.

Загроза стягнення державних коштів за навчання буде дієвим стимулом для молодих спеціалістів, щоб звільнитися з роботи під різними приводами, не відпрацювавши визначеного законодавством мінімального терміну (3–5 років).

Слід враховувати, що за своїм потенціалом мережа вітчизняних медуніверситетів повною мірою може забезпечити підготовку кадрів, необхідних системі охорони здоров'я країни. Однак для подолання кадрового дефіциту держава повинна здійснити цілу низку заходів: оптимізувати мережу медзакладів, зменшити фінансові бар'єри на шляху до необхідних медпослуг, надавати преференції медикам, котрі працюють у сільській місцевості.

Заслугує підтримки існуюча практика окремих медуніверситетів країни щодо цільової підготовки лікарів за кошти місцевих бюджетів, а також підготовки лікарів загальної практики/сімейної медицини та фахівців дефіцитних спеціальностей – лікарів швидкої допомоги, фтизіатрів, дільничних терапевтів і педіатрів для Києва, Київської та Житомирської областей [2]. Вважаємо, що така практика має поширюватися.

Водночас, без удосконалення діюча законодавча база не дозволяє ліквідувати дефіцит медичних кадрів, що передбачає добросовісне дотримання існуючих механізмів (належне матеріально-технічне забезпечення робочого міс-

ця, надання житла,) і створення додаткових стимулів (підвищена зарплата, обов'язкове відпрацювання за розподілом протягом не менше 3–5 років, додаткові місця в ординатуру, пільгове працевлаштування в керівні посади тощо).

Одна з основних проблем і завдань системи охорони здоров'я є питання якості медичної допомоги.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я питання управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одним з основних напрямів вітчизняної системи охорони здоров'я, поряд з підвищенням доступності медичних послуг і підвищенням ефективності державного фінансування.

Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безоплатного доступу населення до якісних та безпечних медичних послуг, що виявляється в низькій якості медичних послуг і нерівному доступі до послуг охорони здоров'я. Свідченням низького рівня якості медичних послуг є те, що очікувана тривалість життя населення країни становить 69,3 року, що в середньому на 10 років нижча, ніж в країнах ЄС; коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вищий, ніж у «старих» країнах ЄС; рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий. Нерівність у доступі до послуг охорони здоров'я підтверджується тим, що у бідних верств населення відсутня можливість одержання необхідної медичної допомоги; наявність відомчої медицини з обмеженим доступом ускладнює досягнення мети рівного доступу; існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських і сільських мешканців; високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я – витрати населення сягають майже половини загального обсягу фінансування галузі – 42,5% у 2008 р. і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг.

Загальновизнано, що значна кількість медичних втручань в країні здійснюється на рівні нижчому за передбачуваний, значна частка клінічних процедур недоцільна та нерентабельна. В середньому 20–30 % медичних втручань є неефективними (або непотрібними чи шкідливими). Встановлено великі розбіжності в результатах медичної допомоги як між регіонами країни, так і між окремими закладами та лікарями.

Якісною медичною допомогою вважається обслуговування, заради якого ресурси організовуються таким чином, щоб максимально ефективно і безпечно задовольняти потреби тих, хто потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без зайвих витрат, відповідно до вимог та можливостей сучасного рівня розвитку науки.

Нормативно якість медичної допомоги визнається як належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів,

які є безпечними, раціональними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [3].

Слід виділити чотири сфери вирішення проблеми якості медичної допомоги: 1) у сфері підвищення доступності медичних послуг; 2) підвищення якості медичних послуг; 3) створення економічної мотивації для підвищення якості медичного обслуговування; 4) забезпечення ефективного використання бюджетних коштів.

До основних способів розв'язання проблеми у сфері підвищення доступності медичних послуг слід віднести:

а) чітке структурне розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги;

б) структурну перебудову системи медичної допомоги шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги; оптимізацію вторинної медичної допомоги з диференціацією закладів охорони здоров'я за інтенсивністю медичної допомоги на лікарні інтенсивної допомоги, лікарні планового, відновного лікування, медико-соціальної допомоги, хоспіси зі створенням госпітальних округів; вдосконалення системи екстреної медичної допомоги; високоспеціалізованих центрів, університетських клінік;

в) розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги, прийняття нормативно-правових актів щодо порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають відповідний вид медичної допомоги, щодо порядку реалізації права вибору пацієнтом лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;

г) підтримка розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі;

д) прийняття законів України «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», «Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги».

У сфері підвищення якості медичної допомоги доцільно:

а) створення ефективної системи стандартизації медичних послуг, розроблення та впровадження нормативно-правових актів щодо медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) надання медичної медико-санітарної допомоги на засадах доказової медицини з дотриманням принципу мультидисциплінарного складу робочих груп, розробка формулярів лікарських засобів для різних видів медико-санітарної допомоги;

б) перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі (на первинному рівні – оплата за кількість осіб, які мешкають у межах певної території; на вторинному, третинному – залежно від обсягів, структури і якості наданої медичної допомоги);

в) розроблення та впровадження системи ін-

дикаторів якості роботи медичних закладів;

г) удосконалення критеріїв ліцензування медичної практики та критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я;

д) створення незалежних центрів оцінювання відповідності медичної практики ліцензійним вимогам, закладів охорони здоров'я – акредитаційним вимогам;

е) розроблення та затвердження критеріїв формування госпітальних округів;

є) розроблення та затвердження нормативно-правових актів (примірних положень) для лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування, хоспісу, лікарні медико-соціальної допомоги, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, дитячої міської лікарні;

У сфері створення економічної мотивації для підвищення якості медичного обслуговування:

а) створення економічної мотивації для покращення якості медичних послуг, зокрема шляхом зміни оплати праці працівників галузі охорони здоров'я за рахунок виділення двох складових: постійної (на основі єдиної тарифної сітки), змінної – залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги;

б) розроблення та внесення проекту акта щодо вдосконалення умов оплати праці працівників галузі охорони здоров'я;

У сфері забезпечення ефективного використання бюджетних коштів:

а) скорочення багаторівневої системи фінансування на основі об'єднання фінансових ресурсів: для первинної медико-санітарної допомоги – на районному й міському рівнях, для вторинної й

третинної – на обласному (для державних спеціалізованих центрів і клінік НДІ – на державному);

б) підвищення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів;

в) розроблення та внесення проекту акта щодо запровадження у системі охорони здоров'я програмно-цільового методу у бюджетному процесі;

г) формування системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги, виходячи з яких будуть фінансуватися медичні заклади, переходу від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів;

д) запровадження закупівлі медичних послуг;

е) перехід до міжвідомчих і міжсекторальних програм формування здорового способу життя й програм здорових умов праці, створення стимулів та умов для здорового способу життя населення за допомогою розвитку інфраструктури для занять масовим спортом та активного відпочинку [4].

Висновки

Наведений аналіз свідчить, що діюча законодавча база не дозволяє забезпечити підвищення кваліфікації медичних кадрів і якість медичної допомоги, що вимагає удосконалення чинного законодавства з урахуванням сучасних критеріїв доступності медичних послуг, якості медичних послуг, запровадження механізмів економічної мотивації для підвищення якості медичного обслуговування і забезпечення ефективного використання бюджетних коштів.

Список літератури

1. Закон України «Про вищу освіту» від 17.01.2002 № 2984-III // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2984-14>
2. Скрипник О. Хто нас завтра лікуватиме // «Дзеркало тижня. Україна» 2011. – №. 11 // <http://www.amnu.gov.ua/Default.asp?T=1&MID=1&JID=439&NID=502>
3. Наказ МОЗ України від 26.03.2009 №189 «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» // <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?i>
4. Проект Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р. // http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110707_0.html

Стаття надійшла до редакції 06.03.2013

Г. А. Слабкий¹, Г. В. Шпак², П. В. Лисенко²

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Украинский институт стратегических исследований Украины

ВЛИЯНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА УКРАИНЫ НА ЛИКВИДАЦИЮ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ, ПОВЫШЕНИЕ ИХ КВАЛИФИКАЦИИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Представлен анализ возможности влияния законодательства Украины на ликвидацию дефицита медицинских кадров, повышение их квалификации и качества медицинской помощи

Ключевые слова: законодательство, медицинские кадры, качество медицинской помощи.

G. A. Slabkiy¹, G. V. Shpak², P. V. Lisenko²

¹*Donetsk National Medical University, Gorky*

²*Ukrainian Institute for Strategic Studies of Ukraine*

EFFECT OF UKRAINIAN LEGISLATION TO ELIMINATE SCARCITY OF HEALTH WORKERS, IMPROVING THEIR SKILLS AND QUALITY OF CARE

An analysis of the ability to influence the Ukrainian legislation to eliminate the scarcity of health workers, improving their skills and quality of care

Keywords: legislation, medical personnel, the quality of medical care.