КАДРОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я — ЗА КРОК ДО КРИЗИ

Медичну галузь звалили на плечі пацієнтів і медиків. Перші «підтримують» її власними коштами, хоча це нікого не рятує, другі масово виїздять за кордон, де їх «корупційні статки» тьмяніють перед чесною зарплатою. З чим і з ким залишимося завтра?

ДИСКУСІЙНИЙ КЛУБ

ЗАХИСТ ПРАВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ГОТУЙМОСЯ ДО САМООБОРОНИ?

Геннадій СЛАБКИЙ, *завідувач кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор*

Хто тут зайвий?

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

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

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

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

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

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

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

«НА КІНЕЦЬ 2016 РОКУ В УКРАЇНІ ЗАЛИШАЛИСЯ ВАКАНТНИМИ МАЙЖЕ 22 ТИС. ЛІКАРСЬКИХ ПОСАД (І НЕ ЛИШЕ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ, ТЕРАПЕВТІВ, ПЕДІАТРІВ, ФТИЗІАТРІВ, А Й ХІРУРГІВ, АНЕСТЕЗІОЛОГІВ). ТА Й ЧАСТКА ОСІБ ПЕНСІЙНОГО ВІКУ СЕРЕД ЛІКАРІВ СТАНОВИТЬ 24%»

Лави сімейної медицини

Нині в закладах охорони здоров'я активно впроваджуються засади сімейної медицини. Радіти з цього чи сумувати? Так, лави сімейних лікарів з кожним роком зростають. Порівняно з 2013 роком показник забезпеченості такими фахівцями збільшився: з 2,7 на 10 тис. населення до 3,4 у 2016 році (найбільшими успіхами можуть похвалитися Вінниччина, Закарпаття, Чернівецька та Тернопільська області — понад 5).

Однак укомплектованість сільських лікарських амбулаторій лікарями (фізичними особами) не досягає 70%, при цьому майже в 500 амбулаторіях країни жодна лікарська посада на кінець 2016 року не була укомплектована основним працівником. Так само у понад 700 ФАПах немає жодного молодшого спеціаліста з медичною освітою. З точки зору доказового менеджменту такий стан речей не дає змоги забезпечити доступну та якісну первинну медичну допомогу всьому населенню — понад півмільйона громадян країни позбавлені можливості її отримати.

Чому сімейні лікарі не поспішають у «глибинку» — зрозуміло всім. Низький рівень заробітної плати, практично ненормований робочий день, незабезпеченість житлом, відсутність у країні закладів первинної ланки, які укомплектовані відповідно до табелів оснащення, тощо. А чи знають керманичі галузі, як виправити ситуацію?

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

Де ростуть «вільні хліби»

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

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

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

Дуже багато питань не вирішено і в процесі створення об'єднаних територіальних громад (ОТГ). Вони напряму отримали медичні субвенції із державного бюджету на первинну та вторинну медичну допомогу і стали їх розпорядниками, однак механізми організаційно-структурного розмежування системи охорони здоров'я розроблені не були. Тому на практиці виникло багато проблем (у питаннях передачі амбулаторій і ФАПів, працевлаштування фахівців, організації медичного обслуговування населення), які доводиться узгоджувати лише шляхом досягнення компромісу між усіма зацікавленими сторонами. Досить значним ризиком є перехід ОТГ на прямі відносини з державним бюджетом, що посилює процеси фрагментації і без того недостатніх фінансових ресурсів.

«МОЗ МАЄ У СВОЄМУ РОЗПОРЯДЖЕННІ ГАЛУЗЕВИЙ КАДРОВИЙ РЕЄСТР, ДАНІ ЯКОГО ПРАКТИЧНО НЕДОСТУПНІ НАВІТЬ ДЛЯ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я! ТОМУ ЗА БАЖАННЯ НА ЙОГО ОСНОВІ МОЖНА РОЗРОБИТИ МІЖВІДОМЧИЙ РЕЄСТР ВАКАНТНИХ ПОСАД У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ЗРЕШТОЮ ЗРОБИТИ ЙОГО ЗАГАЛЬНОДОСТУПНИМ»

Завтра може бути пізно

Сфера державного управління, у тому числі й галуззю охорони здоров'я, має передбачати подібні ризики і проблеми, а не гасити їх у пожежному темпі — так і собі дешевше, і непоправних втрат можна уникнути.

Наприклад, невтішні реалії сьогодення — міграція лікарів на роботу за кордон (зазвичай туди виїздять кваліфіковані спеціалісти) та не менш загрозливі перспективи (через значну частку осіб пенсійного віку серед практикуючих лікарів, яка в деяких областях становить третину загальної кількості спеціалістів) — можуть призвести до кадрової кризи в галузі, особливо її первинної ланки. На жаль, виїздить і молодь. Наприклад, у Чернівцях випускники медуніверситету… навчаються спеціальності медичної сестри й після отримання відповідного сертифікату виїздять на роботу до країн Європи, де заробітна плата таких фахівців у рази вища, ніж лікаря — в Україні. Тим більше, що після відміни державного розподілу й за відсутності реєстру вакансій і фонду заробітної плати в медичних закладах молодим лікарям важко влаштуватися на престижну роботу. А «закривати» амбразури державної недбалості щодо медицини за існуючої перспективи влаштуватися на роботу за кордоном уже ніхто не хоче.

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

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

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

На сьогодні в системі охорони здоров'я України не визначено обґрунтованої потреби в медичних кадрах, і тому заяви чиновників про надлишок медичних кадрів є декларативними і бездоказовими. До того ж вони не враховують об'єктивної медико-демографічної ситуації в державі, а порівняння кадрового забезпечення з іншими країнами проводиться некоректно (там до статистичних даних не вносять адміністративний ресурс, в Україні ж рахують усіх, хто працює в галузі). Зрозуміло, що забезпечити ефективне державне замовлення на підготовку медичних кадрів без урахування реальних потреб неможливо. А це надзвичайно складний, трудомісткий і фінансово затратний процес, який потребує об'єктивної картини щодо стану здоров'я населення, проведення хронометражних досліджень, розрахунку реальної потреби в діагностичній, консультативній, профілактичній, амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній, плановій, невідкладній і екстреній медичній допомозі тощо. Наразі такі дані відсутні, а МОЗ України не поспішає замовляти подібні дослідження. Використовувати ж статистичні звіти щодо стану здоров'я населення під час будь-яких розрахунків у галузі охорони здоров'я можна лише умовно. Адже вони ґрунтуються на даних звернень населення по медичну допомогу і не є об'єктивними — останнім часом збідніле населення дедалі частіше відкладає звернення до лікарів навіть в ургентних станах, що статистично відображає зниження рівня захворюваності та поширеності хвороб, а отже, й покращення здоров'я населення. У це ніхто навіть не вірить, тож чи можна на основі такої статистики ухвалювати відповідальні рішення?

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

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

Узагалі ж ВООЗ розробила низку технічних інструментів і керівних принципів для оцінки кадрових ресурсів охорони здоров'я, які рекомендовано використовувати під час планування і розроблення кадрової стратегії. Ще у 2008 році Україні запропонували здійснити таку оцінку (за технічної підтримки ВООЗ) та розробити стратегію розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я. Однак донині цього не зроблено. Вочевидь, очільники галузі всіх каденцій бажають жити і працювати за принципом «менше знаєш — краще спиш», та й скороченню кадрів із таким підходом нічого не заважатиме, головне — оголосити їх зайвими.