USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

UKaid
from the British people

Проект USAID Підтримка реформи охорони здоров'я

Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні

Ситуаційний аналіз

2019

Авторський колектив:

Дарина Богдан
Алла Бойко
Алла Василькова
Тетяна Вежновець
Олександр Звінчук
Алішер Латипов
Іван Миронюк
Олена Нечосіна
Євген Ніколаєв
Владислав Одринський
Юлія Середа

Наукове редагування:
Юлія Середа

Літературне редагування:
Світлана Глущик

Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.

Цей звіт підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки, за підтримки Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund»,наданої від імені народу Великої Британії. Відповідальність за зміст цього документа, який необов'язково відображає погляди USAID, Уряду Сполучених Штатів Америки, UK aid або Уряду Великої Британії, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» у рамках контракту № 72012118C00001.

СКОРОЧЕННЯ

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВНЗ	Вищий навчальний заклад
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
Держсанепідслужба	Державна санітарно-епідеміологічна служба
ДЗ	Державний заклад
ДП	Державне підприємство
ЄДЕБО	Єдина державна електронна база з питань освіти
ЄДКІ	Єдиний державний кваліфікаційний іспит
ЗВО	Заклад вищої освіти
ЗНО	Зовнішнє незалежне оцінювання
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗПСМ	Загальна практика – сімейна медицина
ІКТ	Інформаційні та комунікаційні технології
КЕК	Клініко-експертна комісія
КМІС	Київський міжнародний інститут соціології
КНП	Комунальне некомерційне підприємство
КПЕ	Ключові показники ефективності
КРІС	Кадрові ресурси – інформаційна система
КРОЗ	Кадрові ресурси системи охорони здоров'я
Лікар ЗПСМ	Лікар загальної практики – сімейний лікар
МІС	Медична інформаційна система
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я (України)
МОН	Міністерство освіти і науки (України)
МОНМС	Міністерство освіти і науки, молоді та спорту (України)
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НТІ	Науково-технічна інформація
ПАЦ	Передатестаційний цикл
ПМД	Первинна медична допомога
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТУ	Тематичне удосконалення
ФОП	Фізична особа – підприємець
ЦССДМ	Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
DALY	Disability Adjusted Life Years (роки життя, скориговані на інвалідність)
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System (Європейська кредитна трансферно-накопичувальна система)
eHealth	Electronic Health (електронна система охорони здоров'я)
IFOM	International Foundations of Medicine (міжнародний іспит з основ медицини)
ISCO	International Standard Classification of Occupations (Міжнародний стандартний класифікатор професій)
SCORE	Systematic Coronary Risk Evaluation (систематична оцінка коронарного ризику)

РЕЗЮМЕ

Мета цього ситуаційного аналізу – описати поточний стан кадрових ресурсів системи охорони здоров'я (КРОЗ) України, визначити прогалини та пріоритетні потреби, а також запропонувати шляхи зміцнення потенціалу КРОЗ. Звіт містить оцінку фінансових, академічних, управлінських систем та політичного контексту щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я. Аналіз охоплює такі етапи: навчання, вхід на ринок праці, підтримка, покращення ефективності та вихід. Основну частину звіту присвячено лікарям та медичним сестрам, проте окремі розділи також описують ситуацію щодо немедичних працівників (таких як соціальні працівники), адміністративного й управлінського персоналу, які є невід'ємною частиною КРОЗ. Ситуаційний аналіз фокусується на бюджетному секторі надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги; дані щодо приватного сектору наведено в обмеженому обсязі. Джерела даних включали статистичні дані Центру медичної статистики та Єдиної державної електронної бази з питань освіти, нормативно-правові документи національного рівня та внутрішні керівництва, дані досліджень щодо КРОЗ в Україні, а також інтерв'ю з експертами.

Ключові результати

Статистичний профіль медичних працівників

- Більшість лікарів та середнього медичного персоналу працює в закладах, які належать до бюджетного сектору, тобто перебувають у сфері управління МОЗ України або інших міністерств і відомств. Тільки десята частина лікарів (переважно стоматологи та дерматовенерологи) та 4% середнього медичного персоналу працюють у приватних структурах за основним місцем роботи. Водночас, упродовж 2014–2018 рр. частка медичних кадрів приватного сектору має тренд до зростання.
- Кадрова криза здебільшого стосується середнього медичного персоналу, а не лікарів. Щорічні темпи приросту медичних сестер є переважно негативними. 2018 рік є переламним у динаміці медичних кадрів, оскільки прискорюються темпи скорочення лікарів, медичних сестер, фельдшерів та акушерів.
- Співвідношення кількості медичних сестер до лікарів в Україні має тенденцію до зниження, зокрема через негативні темпи приросту кількості медичних сестер, і є нижчим за середньоєвропейський показник.
- Географічний розподіл щільності лікарів та медичних сестер є нерівномірним. Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.
- Є надлишок КРОЗ спеціалізованої допомоги в загальній структурі медичної допомоги. Чотири з п'яти лікарів є лікарями-спеціалістами. Частка лікарів-спеціалістів є вищою за середньоєвропейський показник (4.5 лікаря-спеціаліста на одного лікаря первинної ланки в Україні, 3:1 – в ЄС).
- Є дисбаланс стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних посад. Тільки третина штатних посад лікарів та близько чверті штатних посад середнього медичного персоналу належать до амбулаторно-поліклінічних закладів, решта посад – до стаціонарів. У ЄС співвідношення стаціонарних і амбулаторно-поліклінічних посад лікарів та медичних сестер є більш рівномірним (близько половини посад – у стаціонарах).
- Кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів зростає головним чином за рахунок перепрофілювання дільничних терапевтів та педіатрів. Співвідношення медичних кадрів первинної та спеціалізованої допомоги залишається стабільним.
- Серед лікарів спеціалізованої допомоги чверть найчисельніших спеціальностей включає акушерів-гінекологів, госпітальних терапевтів, хірургів, анестезіологів, невропатологів, госпітальних педіатрів, ортопедів-травматологів, рентгенологів, психіатрів, офтальмологів та отоларингологів. У порівнянні з ЄС, в Україні більше акушерів-гінекологів,

хірургів, дерматологів та онкологів, проте менше кардіологів, анестезіологів, радіологів та психіатрів.

- Динаміка щільності лікарів екстреної допомоги та стоматологів у ЗОЗ бюджетного сектору є переважно низхідною. Недавня динаміка щільності з 2014 р. має позитивний тренд до зростання серед лікарів-інтернів; у цей період щільність лаборантів та лікарів гігієнічної групи суттєво не змінюється.
- Гендерний дисбаланс є характерним як для лікарів (дві третини – жінки), так і середнього медичного персоналу (понад 90% – жінки). Серед медичного персоналу поширеною є практика продовжувати працювати після досягнення пенсійного віку. Чверть лікарів та понад 10% середнього медичного персоналу є працюючими пенсіонерами. Станом на початок 2019 р. тільки 5% лікарів та 12% середнього медичного персоналу працювали в сільській місцевості, хоча в селах мешкає в середньому близько третини населення. Розподіл медичного персоналу за статтю й типом поселення суттєво не змінюється з 1993 р. Частка осіб пенсійного віку серед лікарів та середнього медичного персоналу зростала до 2011 р., після чого стабілізувалася.
- Укомплектованість лікарів є нижчою порівняно з середнім медичним персоналом (88% проти 92.6%). Водночас статистичні показники неукомплектованості медичних працівників у нинішній, ще не повністю реформованій системі надання медичної допомоги не є об'єктивним відображенням дефіциту медичних працівників, оскільки ця система планування штатів ЗОЗ бюджетного сектору (які не є КНП) не дозволяє здійснювати раціоналізацію КРОЗ відповідно до потреб пацієнтів.
- Є обернений зв'язок між рівнем укомплектованості та коефіцієнтом суміщення посад як у регіональному вимірі, так і за спеціальністю. Це свідчить про те, що проблема неукомплектованості посад часто вирішується внутрішнім сумісництвом, а не залученням нових КРОЗ.
- Кадровий резерв студентів спеціальностей «Медицина» та «Медсестринство» є недостатнім для того, щоб замінити медичний персонал пенсійного віку. На одного вступника медичних університетів та академій припадає приблизно три лікарі пенсійного віку, а на одного вступника на спеціальність «Медсестринство» – чотири працюючі пенсіонери з числа середнього медичного персоналу. Впродовж 2015–2018 рр. щільність вступників на спеціальність «Медсестринство», яка включає програми підготовки медичних сестер, фельдшерів та акушерів, щороку скорочувалася. Серед студентів-лікарів така тенденція відсутня. Проте зростає кількість запитів до медичних університетів (академій) і закладів післядипломної освіти для підтвердження документів про освіту, що опосередковано свідчить про наміри емігрувати за кордон.

Відповідність характеристик КРОЗ потребам населення

- В Україні не здійснювалася національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема на лікарів та медичних сестер. Це ускладнює стратегічне планування КРОЗ.
- Основний тягар захворюваності в Україні пов'язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками, що зумовлює необхідність збільшення кількості лікарів та медичних сестер первинного рівня медичної допомоги та розширення їхніх функцій. Наразі максимальна кількість ресурсів зосереджена на рівні спеціалізованої допомоги. Розширення ролі первинної ланки медичної допомоги відповідає національній реформі первинної ланки в Україні. Крім того, національні концепції щодо екстреної допомоги, неінфекційних захворювань, психічного та громадського здоров'я покладають низку додаткових функціональних обов'язків на лікарів ЗПСМ, проте рівень відповідності їхніх знань та кваліфікації для виконання таких функціональних обов'язків не визначено.
- Якість медичної допомоги оцінюється гірше, ніж задоволеність медичним персоналом. І в рамках амбулаторної, і стаціонарної допомоги основні аспекти незадоволеності – це переважно проблеми інфраструктури, а не медичного персоналу. Дуже низьким є рівень довіри населення до професійної компетентності медперсоналу. За даними національних соціологічних досліджень (КМІС, СГ «Рейтинг»), у 2019 р. вперше за останні п'ять років

зростає рівень задоволеності державними медичними послугами. Кожен п'ятий вважає, що якість державних медичних послуг в Україні впродовж останніх двох років покращилася, раніше таку думку висловлював кожен десятий. Рівень задоволеності медичними кадрами суттєво відрізняється за регіонами і спеціальностями. Проте у всіх регіонах задоволеність сімейними лікарями вища, ніж вузькопрофільними спеціалістами.

Залучення соціальних працівників до роботи в ЗОЗ

- Залучення соціальних працівників до надання соціально-медичних послуг є обмеженим і відбувається переважно на спеціалізованому рівні медичної допомоги (у сферах протидії епідеміям ВІЛ/СНІДу і туберкульозу, наркології, паліативного догляду та психічного здоров'я).
- Ключові причини низького рівня залучення соціальних працівників до соціально-медичних послуг: основний нормативний документ щодо діяльності соціальних працівників (Закон України «Про соціальні послуги», 2019 р.) не визначає понять медико-соціальної чи клінічної соціальної роботи; система переадресації між ЗОЗ та соціальними службами або громадськими організаціями – надавачами соціальних послуг працює тільки в окремих сферах; відсутнє розуміння ролі та функціоналу соціальних працівників у ЗОЗ; освітні програми для соціальних працівників та соціальних робітників не мають спеціалізації з соціально-медичних послуг чи клінічної соціальної роботи.

Освіта і професійний розвиток

- Кількість громадян України, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями, упродовж тривалого часу є сталою. Певне скорочення набору абітурієнтів, викликане підвищенням вимог до їхньої підготовки, має місце з 2018 р., але воно не є критичним для системи охорони здоров'я.
- На сьогодні ліцензійні умови провадження освітньої діяльності не мають специфічних вимог до медичних ЗВО, що дозволяє закладам здійснювати підготовку лікарів, не маючи відповідної потужної клінічної бази.
- Щороку зростає частка іноземних студентів, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями. У 2018 р. загальна кількість вступників-іноземців на основні медичні спеціальності («Стоматологія» та «Медицина») вперше перевищила кількість вступників – громадян України. Зростання кількості іноземних студентів може бути ризиком щодо якості підготовки та джерелом конфлікту інтересів. ЗВО мають сильну фінансову мотивацію зберігати контингент таких студентів, оскільки розмір плати за навчання для іноземних студентів у 3–5 разів вищий за вартість навчання за контрактом для громадян України.
- Студенти спеціальностей «Медицина», «Стоматологія» та «Фармація» бюджетної форми навчання – громадяни України майже всі складають ліцензійний іспит. Відзначається нижчий рівень успішності серед студентів контрактної форми навчання – громадян України та іноземних студентів, особливо тих, які навчалися на російськомовних програмах.
- Найчастіше медичні сестри здобувають освіту рівня молодшого спеціаліста в медичних училищах та коледжах і далі не продовжують навчання. Наразі вища освіта (рівні бакалавра і магістра) не є офіційною вимогою для працевлаштування на посаду медичної сестри. Водночас в Україні поширюються програми підготовки медичних сестер рівня повної вищої освіти (бакалавра і магістра).
- Основні прогалини в підготовці медичних сестер: відсутність політики відбору на спеціальність «Медсестринство» (наприклад, встановлення порогового бала для вступу); коротка тривалість практичної підготовки; обмежена можливість відпрацьовувати необхідні навички безпосередньо під час практики; підготовка бакалаврів і магістрів медсестринства орієнтована на підготовку фахівців до виконання управлінських функцій у закладах охорони здоров'я, а не на розширення клінічного функціоналу медичних сестер.

- Не передбачено проходження курсів спеціалізації для випускників освітнього ступеня молодшого спеціаліста при працевлаштуванні у спеціалізовані і високоспеціалізовані служби закладів охорони здоров'я.
- Для випускників освітніх ступенів бакалавр і магістр не передбачено проходження спеціалізацій.
- Основні виклики професійного розвитку українських лікарів: процедура вступу в інтернатуру є досить бюрократизованою, непрозорою та неефективною щодо мотивації кадрів; клінічна ординатура має бути трансформована в лікарську резидентуру, проте нормативна база для початку функціонування резидентури ще не готова; нова система безперервного професійного розвитку (щорічний набір балів за рахунок формальної чи інформальної освіти) не має гарантованого фінансування, витрати лягають на лікарів; відсутні вимоги до провайдерів та змісту навчальних програм, а також не сформовано систему запобігання фальсифікаціям при проходженні заходів професійного розвитку.
- Очікується що систему набору балів буде запроваджено для всіх фахівців у сфері охорони здоров'я, однак станом на червень 2019 р. відповідний новий порядок для медичних сестер не розроблено. Відсутній окремий порядок безперервного професійного розвитку для управлінців ЗОЗ, якщо вони за фахом не є лікарями.

Методи управління КРОЗ

- У ЗОЗ, які реорганізовано в КНП у рамках медичної реформи, замість нормативного підходу відповідно до Єдиної тарифної сітки впроваджується договірна система оплати праці персоналу та посилюється роль колективного договору, яким визначаються форми і системи оплати праці, норми праці, розміри фінансових і нефінансових стимулів.
- Адміністративні методи управління КРОЗ закріплено у статуті ЗОЗ, положенні про ЗОЗ та його структурні підрозділи, посадових інструкціях персоналу ЗОЗ і правилах внутрішнього трудового розпорядку. З 2019 р. вперше розмежовано повноваження та відповідальність щодо управління ЗОЗ: управління адміністративно-господарськими питаннями покладається на директора, керівництво процесом надання якісної медичної допомоги здійснює медичний директор. Практика стратегічного планування в ЗОЗ лише починає запроваджуватися.
- У посадових інструкціях формально відображено питання кваліфікаційних вимог і компетенцій медичних працівників (використовуються типові інструкції). Нормативні документи щодо посадових інструкцій обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медичних сестер. Перелік обов'язків окремих працівників може бути розширено за рахунок делегування їм завдань, передбачених для різних груп посад, рівних за складністю, виконання яких не потребує іншої спеціальності чи кваліфікації.
- У ЗОЗ не практикується регулярна формалізована оцінка соціально-психологічного стану медичного персоналу, оцінка мотивації персоналу.

Планування і рекрутинг

- Чинне нормативне регулювання ЗОЗ бюджетного сектору, які не пройшли реорганізацію в КНП, не дозволяє здійснювати планування та раціоналізацію КРОЗ, попри втрату чинності наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». Керівники таких ЗОЗ можуть змінювати штатний розпис закладу лише в межах кошторисних призначень статті оплати праці та нарахувань.
- З огляду на те що планування КРОЗ є обмеженим, а плинність кадрів – низькою, у бюджетному секторі реальний ринок медичних кадрів відсутній. Конкурс на посаду є формальним, ключова вимога – номінальна відповідність Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників та типовим посадовим інструкціям, а не наявність реальних компетенцій. Успішний рекрутинг переважно відбувається через знайомих та колег, а не формалізовані джерела: центри зайнятості, рекрутингові служби, публікації оголошень тощо.

Умови праці та організаційні практики

- Загалом робочі місця медичних працівників у ЗОЗ бюджетного сектору забезпечено необхідним мінімальним набором медичного обладнання та медичних виробів для виконання ними своїх професійних функцій. З іншого боку, рівень забезпеченості високотехнологічним обладнанням для реалізації медичними працівниками своїх професійних компетенцій та виконання в повному обсязі вимог клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями є недостатнім.
- Медичні працівники недостатньо інформовані про заходи їх соціального захисту на робочому місці, що негативно позначається на рівні їхньої задоволеності умовами праці. Питання забезпечення ефективного захисту медичного персоналу від неправомірних або агресивних дій відвідувачів медичних закладів та пацієнтів здебільшого не врегульовано, і медичні працівники не вважають себе захищеними на робочому місці під час виконання професійних обов'язків.
- Формування бачення закладу, його місії та перспективних планів розвитку у бюджетних ЗОЗ реалізується на рівні адміністрації та керівників структурних підрозділів. Стратегічне планування із залученням лікарів та медичних сестер використовується рідко, загальне бачення розвитку закладу в довгостроковій або середньостроковій перспективі у співробітників структурних підрозділів практично відсутнє.

Оцінка ефективності діяльності персоналу

- Бачення системи оцінки ефективності персоналу суттєво відрізняється серед керівників ЗОЗ. Це призводить до незбалансованого підходу до оцінки персоналу, коли основна увага керівників зосереджена винятково на клінічних результатах (охоплення послугами, летальність) або, навпаки, на фінансових та операційних показниках.
- У бюджетному секторі основним інструментом оцінки ефективності лікарів та медсестер залишається атестація. За межами атестації оцінка ефективності персоналу не є системною і скоріше є наслідком розслідування певних порушень/помилок, ніж рутинною практикою.
- Індикатори якості медичної допомоги та ефективності діяльності лікарів, визначені нормативними документами національного рівня або документами закладів охорони здоров'я, часто не конкретні та не вимірювані, не мають чітких часових рамок. Переважає експертна бальна оцінка, яка може бути досить суб'єктивною. Одна з основних причин відсутності КПЕ – це обмеження системи збору даних, необхідних для оцінки показників.
- В Україні відсутня практика, коли результати оцінки КПЕ персоналу, зокрема щодо якості медичних послуг і задоволеності пацієнтів, є частиною публічної інформації.

Стимули і мотивація

- Наявна система стимулів та мотиваторів у ЗОЗ включає такі практики:
    - прямі фінансові стимули: а) обов'язкові компенсаційні та стимулюючі надбавки і доплати (за особливі умови праці, кваліфікаційну категорію тощо); б) прямі фінансові стимули за роботу в сільській місцевості; в) стимулювання на основі КПЕ (в ЗОЗ-КНП та приватних ЗОЗ); г) стимулювання за наявність додаткових компетенцій (у приватних ЗОЗ);
    - непрямі фінансові стимули: а) оплата навчання, участі у професійних заходах; б) переваги та пільги в галузі житлово-побутового обслуговування (здебільшого для медичних працівників у сільській місцевості); в) вручення подарунків до ювілеїв, державних або професійних свят; г) непрямі фінансові стимули за ініціативність та лідерство (у приватних ЗОЗ);
    - нефінансові стимули: а) гарантія зайнятості; б) забезпечення задовільних умов праці; в) визнання цінності роботи; г) надання можливості для розвитку та вдосконалення.

- Застосування фінансових стимулів є обмеженим у ЗОЗ бюджетного сектору, які не пройшли реорганізацію в КНП, оскільки такі заклади фінансуються в межах кошторисних призначень статті оплати праці та нарахувань.
- Відсутня практика оцінки економічної ефективності стимулів та мотиваторів, що впроваджуються на рівні ЗОЗ чи в рамках регіональних цільових програм (наприклад, програми місцевих стимулів для медичних працівників у сільській місцевості).
- У ЗОЗ бюджетного сектору фінансові та нефінансові стимули часто не узгоджено зі стратегічними цілями, нормами і цінностями. Наприклад, стимулювання навчанням застосовується незалежно від визначених пріоритетних напрямів розвитку ЗОЗ.

Раціональність використання кадрових ресурсів

- Неефективне використання кадрових ресурсів системи охорони здоров'я та нераціональне робоче навантаження є наслідком таких чинників, як недотримання пацієнтами алгоритму переадресації між різними рівнями медичної допомоги, значні затрати часу на заповнення медичної документації та дублювання форм звітності.
- У закладах охорони здоров'я бюджетного сектору аналіз робочого навантаження зазвичай відсутній або є номінальним (аналізуються табелі обліку робочого часу). Наявність хронометражу складових робочого часу окремих категорій медичних працівників у межах закладу охорони здоров'я зараз скоріше є винятком, ніж звичною практикою для менеджменту робочого навантаження та оптимізації використання кадрових ресурсів.
- Відсутнє планування тривалості часу амбулаторної консультації залежно від очікуваної мети візиту. В ЗОЗ, які мають електронну чергу, поширена практика стандартної тривалості консультації (15 хвилин на пацієнта).
- Перерозподіл обов'язків між персоналом є обмеженим, є неформальна практика у спеціалізованих ЗОЗ. Хоча готовність медичного персоналу до опанування нових компетенцій є високою, ставлення персоналу до передачі функціональних обов'язків неоднозначне, оскільки є побоювання щодо втрати частини заробітної плати при передачі функціоналу або відсутності фінансових стимулів за виконання додаткових функцій.

Використання сучасних інформаційних технологій

- Хоча законодавча база в Україні щодо ІКТ у сфері охорони здоров'я існує багато років, фактичний стан запровадження таких технологій у роботі медичних працівників досі є низьким через недостатній рівень комп'ютеризації ЗОЗ. У ході реформи системи охорони здоров'я покращилася ситуація щодо комп'ютеризації ЗОЗ первинної ланки (за даними НСЗУ, близько 97% робочих місць лікарів первинної ланки забезпечені комп'ютерами/ноутбуками з виходом в Інтернет). Проте відсутні дані про рівень знань і навичок медичних працівників щодо користування комп'ютером та основними програмами.

Роль професійних медичних асоціацій у розвитку кадрових ресурсів

- Аналіз нормативного регулювання діяльності професійних медичних асоціацій в Україні дає змогу зробити висновок про те, що більшість функцій, які могли б виконувати представники професійної спільноти, перебувають на початковій стадії розвитку, а відповідна нормативна база потребує оновлення.
- За відсутності прямих норм у наказах МОЗ щодо залучення професійних асоціацій до атестації лікарів їхня участь у процесі допуску до медичної практики є мінімальною. В Україні припинення права на медичну діяльність лежить не стільки у професійній площині діяльності лікарів, скільки у сфері трудових відносин та регулюється шляхом дисциплінарного впливу.
- Наявні нормативні обмеження щодо дисциплінарного впливу на медичних працівників загалом та процесуальні обмеження участі професійних медичних асоціацій у роботі КЕК зумовлюють те, що реалізація професійною спільнотою функції дисциплінарного впливу є нині досить обмеженою.

- Хоча Закон «Про громадські об'єднання» дозволяє професійним медичним організаціям виконувати представницькі функції професії, на практиці роль професійних медичних організацій у цій сфері має формальний характер. Велика кількість професійних асоціацій призводить до того, що в умовах відсутності центрального реєстру медичних працівників вони не можуть реалізовувати представницькі функції.
- Чинна нормативна база передбачає широкі можливості для участі професійних медичних асоціацій у розробці політики охорони здоров'я як на національному, так і на місцевому рівнях. Передумовами такої діяльності є активна позиція професійної спільноти і наявність необхідних навичок адвокації. Проте нормативні документи не передбачають залучення професійних медичних асоціацій до розробки і затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
- Нормативне регулювання питань формування позитивного іміджу певної медичної професії, просування її цінностей надає професійним медичним асоціаціям дуже широкі можливості.
- Участь професійних медичних асоціацій у безперервному професійному розвитку передбачена лише для освітньої діяльності – як провайдерів освітніх послуг.
- Професійні медичні асоціації в Україні мають можливості проведення досліджень та вироблення знань у своїй професії. Роботу з агрегації знань і доступ до таких інформаційних ресурсів нормативно визначено як складові товарних відносин, і вони можуть бути джерелами доходів професійних асоціацій.
- Враховуючи відсутність нормативних документів щодо процедури застосування дисциплінарних стягнень за порушення етичних норм професії, можливість участі українських професійних медичних асоціацій у розробці й підтриманні етичних стандартів залишається досить сумнівною.

Інформаційна система щодо кадрових ресурсів

- Інформаційна система перебуває у процесі трансформації: у 2018 р. за підтримки Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» на національному рівні розроблено новий модуль КРІС, який планується інтегрувати в загальнонаціональну інформаційну систему eHealth. КРІС має нижчий пріоритет порівняно з іншими модулями, які безпосередньо стосуються фінансування закладів охорони здоров'я (наприклад, облік декларацій на первинній ланці, впровадження електронного рецепта тощо), і це може вплинути на строки впровадження оновленої системи КРІС.
- На момент підготовки цього звіту ЗОЗ продовжували здійснювати облік КРОЗ у МІС «Облік медичних кадрів України» – інформаційній системі, яка була основою для підготовки колишнього Реєстру медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України (підтримку Реєстру припинено у 2018 р.). Система агрегації даних про кадрові ресурси охорони здоров'я в Реєстрі була недосконалою. Хоча всі заклади охорони здоров'я використовують однакову програму для обліку кадрів («Облік медичних кадрів України»), агрегація даних не відбувається автоматично і має складну логістику. Це створює додаткове навантаження та негативно впливає на якість даних. Співробітники відділів кадрів закладів охорони здоров'я, що працюють з МІС «Облік медичних кадрів України», не мають можливості адаптувати інформаційну систему до потреб закладу, наприклад, формувати звіти чи накази, які не є частиною національної звітності, проте важливі для внутрішнього менеджменту кадрів, – це призводить до використання різних інформаційних систем та дублювання даних. Додаткове навантаження виникає внаслідок дублювання паперових та електронних даних про людські ресурси.
- У регіональній і національній статистичній звітності, яка використовується для планування кадрової політики та управління кадровими ресурсами, використовується лише мінімальний набір індикаторів із загалу тих, що збирають медичні заклади. Відсутні аспекти плинності кадрів, їх утримання і задоволеності, ефективності роботи й навчання впродовж життя. Обмеженою є дезагрегація показників за статтю та віком, а також у розрізі міських/сільських територій. Відсутній єдиний електронний реєстр медичних кадрів.

Зміст

СКОРОЧЕННЯ ***3***

РЕЗЮМЕ ***4***

Вступ ***15***

Методи ***17***

Результати ***20***

Статистичний профіль медичних працівників **20**
Щільність і загальна динаміка змін 20
Структура медичних працівників за рівнем допомоги та спеціальністю 25
Медичні працівники приватного сектору 30
Соціально-демографічний профіль 32
Укомплектованість і практика суміщення посад 36
Кадровий резерв 42

Відповідність характеристик КРОЗ потребам населення **44**
Відповідність тягарю захворюваності 44
Рівень задоволеності населення медичною допомогою та кадрами 48

Залучення соціальних працівників до роботи в ЗОЗ **51**

Освіта і професійний розвиток **55**
Загальний контекст освітньої підготовки медичних працівників 55
Навчання лікарів 56
Навчання медичних сестер 63
Безперервний професійний розвиток 69

Система управління КРОЗ **72**
Методи управління 72
Планування і рекрутинг 78
Умови праці та організаційні практики 80
Оцінка ефективності діяльності персоналу 82
Стимули і мотивація 88
Робоче навантаження і раціональність використання кадрових ресурсів 92
Використання сучасних інформаційних технологій 98

Роль професійних медичних асоціацій у розвитку кадрових ресурсів **100**

Інформаційна система щодо кадрових ресурсів **107**

Загальні висновки ***112***

Рекомендації ***120***

Додатки ***127***

Перелік таблиць

Таблиця 1. Завдання ситуаційного аналізу щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я в Україні 17
Таблиця 2. Характеристики вибірки експертів для глибинних інтерв'ю, осіб 19
Таблиця 3. Кількість вступників на І курс медичних закладів вищої освіти, 2013–2017 рр., осіб 42
Таблиця 4. Функціональні обов'язки, які покладаються на лікарів ЗПСЛ відповідно до національних концепцій/стратегій у різних сферах охорони здоров'я 47
Таблиця 5. Кількість закладів вищої освіти, що пропонували і не пропонували абітурієнтам альтернативні другий і третій конкурсні предмети для вступу на спеціальність «Медицина» за кошти фізичних та юридичних осіб, 2019 р. 59

Таблиця 6. Результати складання ліцензійного іспиту різними категоріями студентів спеціальностей «Медицина», «Стоматологія» та «Фармація», 2017–2018 рр. 62
Таблиця 7. Схожі медичні дисципліни у програмах підготовки молодших спеціалістів і бакалаврів медсестринства 67
Таблиця 8. Розподіл часу в навчальних програмах підготовки бакалаврів медсестринства за типами навчальних дисциплін, мінімум-максимум кредитів ECTS 68
Таблиця 9. Показники ефективності діяльності та якості медичної допомоги у ЦПМСД № 1 Дніпровського району м. Києва, наказ від 17.04.2019 № 103 85
Таблиця 10. Основні нефінансові стимули та мотиватори, на думку медичних працівників бюджетного сектору 91
Таблиця 11. Структура робочого часу лікарів загальної практики – сімейних лікарів у середньому за амбулаторний прийом, м. Вінниця, хв. і % 95
Таблиця 12. Співвідношення внеску лікарів та медсестер у надання деяких амбулаторних медичних послуг на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги 96
Таблиця 13. Стратегічні документи у сфері охорони здоров'я України, які включають аспекти політики управління та розвитку людських ресурсів 120

Перелік рисунків

Рисунок 1. Абсолютна кількість лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р. 20
Рисунок 2. Динаміка співвідношення лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору,1993–2018 рр. 20
Рисунок 3. Географічний розподіл щільності лікарів та середнього медичного персоналу за національним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р., на 10 тис. населення 21
Рисунок 4. Щільність лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., на 10 тис. населення 21
Рисунок 5. Динаміка змін щільності лікарів та медичних сестер на 10 тис. населення за національним та міжнародним обліком у порівнянні з попереднім роком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., % 23
Рисунок 6. Динаміка змін щільності фельдшерів, акушерів та медичних сестер на 10 тис. населення у порівнянні з попереднім роком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., % 23
Рисунок 7. Географічний розподіл темпу приросту **лікарів** на 10 тис. населення за національним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2017–2018 рр. 24
Рисунок 8. Географічний розподіл темпу приросту **середнього медичного персоналу** на 10 тис. населення за національним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2017–2018 рр. 24
Рисунок 9. Розподіл кількості лікарів за рівнями медичної допомоги, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр. 25
Рисунок 10. Динаміка щільності лікарів первинної ланки, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., на 10 тис. населення 26
Рисунок 11. Динаміка щільності лікарів спеціалізованої допомоги, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., за квартилями поширеності спеціальностей у 2018 р., на 10 тис. населення 28
Рисунок 12. Динаміка щільності лікарів екстреної допомоги, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., на 10 тис. населення 29
Рисунок 13. Динаміка щільності лікарів-інтернів, стоматологів, лаборантів та лікарів гігієнічної групи*, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр. 29
Рисунок 14. Розподіл лікарів та середнього медичного персоналу за типом власності ЗОЗ, 2014–2018 рр., % 31
Рисунок 15. Частка спеціалістів, які працюють у приватних ЗОЗ, від загальної кількості таких спеціалістів, 2014–2018 рр., % 31
Рисунок 16. Розподіл лікарів за статтю, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., % 32
Рисунок 17. Розподіл середнього медичного персоналу за статтю, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., % 32
Рисунок 18. Частка осіб пенсійного віку серед працюючих лікарів та середнього медичного персоналу, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., % 33

Рисунок 19. Географічний розподіл частки лікарів та середнього медичного персоналу пенсійного віку, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р. 33
Рисунок 20. Частка лікарів та середнього медичного персоналу, які працюють у сільській місцевості, ЗОЗ бюджетного сектору, 1996–2018 рр., % 34
Рисунок 21. Відповідність географічного розподілу сільського лікарського та середнього медичного персоналу сільському населенню, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р.,% 35
Рисунок 22. Щільність сільського лікарського та середнього медичного персоналу, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р., на 10 тис. сільського населення 35
Рисунок 23. Укомплектованість штатних посад у ЗОЗ бюджетного сектору за групами персоналу, 2018 р., % 36
Рисунок 24. Географічний розподіл частки укомплектованих посад лікарів та середнього медичного персоналу, 2018 р., % 38
Рисунок 25. Географічний розподіл коефіцієнта суміщення посад лікарів та середнього медичного персоналу, 2018 р. 38
Рисунок 26. Розподіл спеціальностей лікарів та середнього медичного персоналу за рівнем укомплектованості та коефіцієнтом суміщення посад, 2018 р. 39
Рисунок 27. Частка укомплектованих посад лікарів та коефіцієнт суміщення за спеціальностями, 2018 р. 40
Рисунок 28. Частка укомплектованих посад середнього медичного персоналу та коефіцієнт суміщення за спеціальностями, 2018 р. 41
Рисунок 29. Щільність випускників спеціальності «Медицина» та всіх випускників медичних університетів та академій в Україні, 2013–2017 рр., на 10 тис. населення 43
Рисунок 30. Кількість звернень та запитів для підтвердження документів про освіту до медичних університетів/академій і закладів післядипломної освіти, 2008–2018 рр. 43
Рисунок 31. Щільність вступників на спеціальність «Медсестринство» рівня молодшого спеціаліста (медичні сестри, фельдшери та акушерки), а також окремо медичних сестер, 2015–2018 рр., на 10 тис. населення 44
Рисунок 32. Кількість посад акушерів-гінекологів у стаціонарах та пологів на одного акушера-гінеколога за рік, за регіонами, 2018 р. 45
Рисунок 33. Основні причини передчасної смерті, непрацездатності та фактори ризику в Україні, 2017 р. 46
Рисунок 34. Частка медичних послуг, яку отримує населення на різних рівнях медичної допомоги: західна модель та ситуація в Україні, за даними НСЗУ, % 47
Рисунок 35. Динаміка рівня задоволеності сімейним лікарем в Україні, 2015–2019 рр., за даними національних досліджень 49
Рисунок 36. Регіональні відмінності у рівні задоволеності різними групами медичних працівників та медичної допомоги, 2018 р., % 50
Рисунок 37. Вступ громадян України на основні медичні спеціальності на основі повної загальної середньої освіти, 2017–2018 рр., осіб 58
Рисунок 38. Вступ громадян України (ГУ) та іноземних студентів (ІС) на основні медичні спеціальності на основі повної загальної середньої освіти, 2017–2018 рр., осіб 60
Рисунок 39. Вступ громадян України та іноземних студентів на спеціальності галузі знань «Охорона здоров'я» на основі повної загальної середньої освіти, за окремими ЗВО, 2018 р., % 60
Рисунок 40. Країни походження студентів, які навчаються на медичних спеціальностях в Україні, 2017 р., за даними Українського державного центру міжнародної освіти 61
Рисунок 41. Вступ на бакалаврат/магістратуру осіб, які у 2018 р. здобули освіту рівня молодшого спеціаліста за спеціальністю «Сестринська справа», 2018 р. 66
Рисунок 42. Зміст і наповнення посадової інструкції медичного працівника в Україні 75
Рисунок 43. КПЕ, які використовуються у приватних ЗОЗ в Україні, за результатами інтерв'ю з експертами 86
Рисунок 44. Кількість випадків на одного лікаря за рік у стаціонарах Львівської та Полтавської областей 93

Рисунок 45. Алгоритм передачі статистичної інформації щодо КРОЗ на національний рівень 109
Рисунок 46. Концептуальна рамка стратегії щодо КРОЗ в Україні 122

Вступ

Кадрові ресурси є основою системи охорони здоров'я. На міжнародному рівні регулярно лунають заклики щодо необхідності мати національні стратегії розвитку та зміцнення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я (КРОЗ), оскільки забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку суттєвою мірою залежить від КРОЗ, зокрема їх відповідності потребам населення, а також прийнятності та якості послуг, які вони надають. Глобальна стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо КРОЗ до 2030 р.[1] визначає чотири ключові цілі: а) посилення якості КРОЗ шляхом впровадження політик щодо кадрових ресурсів з доведеною ефективністю, забезпечення універсального доступу до медичних послуг та зміцнення систем охорони здоров'я на всіх рівнях; б) забезпечення планування КРОЗ відповідно до наявних і майбутніх потреб населення, усунення дефіциту КРОЗ та покращення їх розподілу; в) зміцнення інститутів у сфері охорони здоров'я на різних рівнях для ефективного управління КРОЗ; г) зміцнення системи даних щодо КРОЗ для моніторингу та оцінки національних і регіональних стратегій.

Усі країни тією чи іншою мірою стикаються з проблемами освіти, залучення, утримання та продуктивності медичних працівників. В Україні працівники закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) і майбутні медичні кадри мають додатковий тиск через необхідність адаптації до змін, які відбуваються в рамках реформи охорони здоров'я.

З березня 2018 р. змінилася модель фінансування ЗОЗ: було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип медичної реформи – «Гроші йдуть за пацієнтом». Цей принцип передбачає фінансування наданих послуг замість старої системи розподілу бюджету за прикріпленим населенням та кількістю ліжко-місць. Бюджетні ЗОЗ первинного рівня пройшли реорганізацію в комунальне підприємство та уклали договір з НСЗУ; продовжується автономізація спеціалізованих ЗОЗ. Уперше в історії країни кошти з державного гарантованого пакету медичних послуг можуть надаватися приватним медичним закладам та лікарям-ФОП (фізичним особам – підприємцям). На первинному рівні медичної допомоги змінилася система відносин між лікарем та пацієнтом, а також між лікарем та ЗОЗ. Пацієнти отримали можливість шляхом підписання декларації вільно обирати лікаря загальної практики – сімейного лікаря, терапевта і педіатра незалежно від місця реєстрації. Лікарі стали ключовим джерелом залучення коштів до ЗОЗ первинної ланки, оскільки бюджет ЗОЗ відтепер залежить від кількості підписаних декларацій. Очікується впровадження з 2020 р. реформи спеціалізованої медичної допомоги. Одночасно відбувається реформування системи медичної освіти і безперервного професійного розвитку. Було встановлено порогові бали для вступу на медичні спеціальності з метою відбору найбільш вмотивованих абітурієнтів, а також чотирикомпонентний єдиний державний кваліфікаційний іспит для студентів-медиків. Суттєво змінилася система підвищення кваліфікації лікарів. Щороку лікарі повинні набирати певну кількість балів у рамках професійного розвитку, в тому числі через участь у конференціях, навчання за кордоном, онлайн-курси і тренінги. Досі післядипломне навчання контролювалося тільки перед атестаціями, які здійснюються раз на п'ять років. Поступово розвивається електронна система обліку медичних послуг. Було запроваджено реєстр надавачів послуг первинної медичної допомоги, які фінансуються НСЗУ, облік декларацій та електронні рецепти в рамках програми «Доступні ліки»[2]. Планується впровадження електронної медичної картки та електронного направлення.

[1] Global strategy on human resources for health: workforce 2030. World Health Organization 2016. Available at: https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1.

[2] Пацієнти, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою за рецептом лікаря в аптеках, що долучилися до програми.

Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» надає технічну допомогу для створення прозорої, підзвітної та ефективної системи охорони здоров'я, яка здатна задовольнити потреби українського народу. Посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України є одним з пріоритетних завдань Проекту.

Мета цього ситуаційного аналізу – описати поточний стан кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України (КРОЗ), визначити прогалини та пріоритетні потреби, а також запропонувати шляхи зміцнення потенціалу КРОЗ. Очікується, що ситуаційний аналіз стане підґрунтям для формування національної стратегії щодо КРОЗ. Цей звіт містить оцінку фінансових, академічних та управлінських систем, а також політичного контексту щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я. Аналіз охоплює такі етапи: навчання, вхід на ринок праці, підтримка, покращення ефективності та вихід. Основна частина звіту присвячена лікарям та медичним сестрам, проте окремі розділи також описують ситуацію щодо немедичних працівників (таких як соціальні працівники), адміністративного й управлінського персоналу, які є невід'ємною частиною кадрових ресурсів системи охорони здоров'я. Ситуаційний аналіз фокусується на бюджетному секторі надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги; дані щодо приватного сектору наведено в обмеженому обсязі.

Методи

ВООЗ визначає кадрові ресурси системи охорони здоров'я як «усіх людей, залучених до роботи, основна мета якої – зміцнення здоров'я»[3]. КРОЗ включають лікарів, медичних сестер, акушерів, стоматологів, суміжних медичних працівників, немедичних працівників, таких як психологи чи соціальні працівники, а також персонал з управління та підтримки охорони здоров'я – тих, хто може не надавати послуги безпосередньо, але є необхідним для ефективного функціонування системи охорони здоров'я, включаючи керівників, статистиків, техніків, економістів тощо. У цьому ситуаційному аналізі розглянуто *ключові групи* кадрових ресурсів: лікарів та середній медичний персонал, зокрема медичних сестер, акушерів та фельдшерів. Окремий розділ присвячено поточній ситуації та перспективам залучення соціальних працівників до роботи в ЗОЗ.

Зважаючи на те що в країні більшість ЗОЗ є закладами бюджетного сектору, оцінка орієнтована насамперед на них, включаючи заклади, які пройшли реорганізацію в комунальне неприбуткове підприємство. Аналіз діяльності приватних ЗОЗ наводиться для ілюстрації інноваційних практик управління кадровими ресурсами, які також можуть застосовуватися в ЗОЗ бюджетного сектору.

Завдання ситуаційного аналізу описано в **Табл. 1**.

Таблиця 1. Завдання ситуаційного аналізу щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я в Україні

Аналіз статистичних даних щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я	• Щільність кадрових ресурсів • Розподіл кадрових ресурсів за географією, спеціалізацією та соціально-демографічним профілем • Укомплектованість посад
Навчання та вхід на ринок праці	• Система навчання, якість підготовки та сертифікація • Система безперервного професійного розвитку для лікарів, медичних сестер і керівників • Планування кадрових ресурсів і механізм найму персоналу
Оцінка та покращення продуктивності	• Методи управління кадровими ресурсами, включаючи перспективи використання талант-менеджменту, в порівнянні з традиційними підходами • Рівень використання ключових показників ефективності для оцінки діяльності медичних і немедичних працівників • Робоче навантаження і практика перерозподілу обов'язків між персоналом • Заробітна плата, використання фінансових та нефінансових стимулів • Організація сприятливого інституційного середовища щодо умов праці, обладнання та організаційних практик • Використання сучасних інформаційних технологій медичним персоналом • Відповідність наявних кадрових ресурсів і компетенцій поточним потребам населення, задоволеність пацієнтів • Роль професійних асоціацій у розвитку кадрових ресурсів
Вихід з ринку праці	• Плинність кадрів • Міграція

[3] World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization.

	• Вихід на пенсію
Інформаційна система щодо кадрових ресурсів	• Доступність даних про кадрові ресурси системи охорони здоров'я, рівень дезагрегації даних на різних рівнях управління (національний, регіональний, рівень закладу) • Точність інформації про кадри, обсяг та характеристики даних
Перспективи залучення соціальних працівників	• Сфери залучення соціальних працівників • Відповідність навчальних програм із соціальної роботи особливостям роботи в ЗОЗ

Ситуаційний аналіз здебільшого є кабінетним дослідженням, або вторинним аналізом даних, тобто базується на пошуку та аналізі даних, які вже існують. *Основні джерела даних для вторинного аналізу* включали статистичні дані, нормативно-правові документи національного рівня та внутрішні керівництва, дані досліджень щодо КРОЗ в Україні.

Аналіз кількісного складу кадрових ресурсів системи охорони здоров'я в Україні охоплює з 1993 по 2018 рр.; його здійснено на основі даних статистичних звітних форм ДП «Центр медичної статистики МОЗ України» (форми 17, 20 та 47)[4]. Кількісний склад кадрових ресурсів визначався двома шляхами:

- на основі національного обліку, що регулюється інструкцією до форми 17[5];
- на основі міжнародного обліку, який спирається на класифікацію спеціальностей ISCO-2008[6]. На відміну від національного обліку, за міжнародним стандартом до загальної кількості лікарів увійшли всі спеціальності, за винятком керівників, стоматологів, гігієністів, епідеміологів, бактеріологів і лаборантів. До загальної кількості середнього медичного персоналу увійшли лише акушерки, фельдшери та медичні сестри закладів.

Українські показники щодо кадрових ресурсів порівнювалися з європейськими за базами даними Євростату[7] – організації, яка акумулює статистичні дані з країн Європейського Союзу.

У рамках вторинного аналізу системи підготовки лікарів та медичних сестер використовувалася Єдина державна електрона база з питань освіти (ЄДЕБО)[8], зокрема реєстр суб'єктів освітньої діяльності та інформація про вступників.

Аналіз внутрішніх документів ЗОЗ передбачав ознайомлення з прикладами колективного договору, правил внутрішнього розпорядку, положень про преміювання та оцінку якості медичної допомоги, стратегічного плану та етичного кодексу, документів щодо роботи з персоналом. Міжнародні керівництва ВООЗ та Світового банку щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я використовувалися для аналізу найкращих практик планування та управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я і розробки національних рекомендацій.

Враховуючи те що в Україні відсутні статистичні дані чи дані досліджень щодо міграції медичних працівників, було вирішено оцінити її рівень опосередковано, через аналіз запитів для підтвердження документів про освіту, що зазвичай необхідно при еміграції. Для цього були надіслані запити до 12 медичних університетів/академій і двох закладів післядипломної освіти щодо кількості таких звернень за останні десять років (2008–2018). Перелік закладів, від яких було отримано дані, включав:

[4] Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». URL: http://medstat.gov.ua.
[5] Інструкція щодо заповнення форми звітності № 17 «Звіт про медичні кадри за 20__ рік». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1016-07.
[6] International Standard Classification of Occupations. Available at: https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm.
[7] European Core Health Indicators (ECHI). Available at: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en.
[8] Єдина державна електронна база з питань освіти. URL: https://info.edbo.gov.ua.

- Буковинський державний медичний університет;
- Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова;
- ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;
- Запорізький державний медичний університет;
- Івано-Франківський національний медичний університет;
- Луганський державний медичний університет;
- Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького;
- Національний фармацевтичний університет;
- Національний медичний університет імені О.О. Богомольця;
- Одеський національний медичний університет;
- Українська медична стоматологічна академія;
- Харківський національний медичний університет;
- ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»;
- Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

На додаток до кабінетного дослідження було проведено *глибинні інтерв'ю з експертами* (N=35, **Табл. 2**). Глибинні інтерв'ю мали різні сценарії для різних категорій персоналу. Керівникам ЗОЗ ставилися запитання щодо всіх аспектів ситуаційного аналізу, таких як планування і рекрутинг, системи оцінки ефективності діяльності і мотивації, моніторинг робочого навантаження та вимірювання задоволеності пацієнтів, талант-менеджмент, використання сучасних інформаційних технологій, залучення соціальних працівників та психологів. Керівники відділів кадрів ЗОЗ відповідали на запитання про інформаційну систему обліку кадрових ресурсів, робоче навантаження, стимули та мотиватори. Експертам з питань соціальної роботи ставилися запитання винятково про соціальних працівників.

Таблиця 2. Характеристики вибірки експертів для глибинних інтерв'ю, осіб

Заклади	Керівники ЗОЗ	Завідувачі структурних підрозділів ЗОЗ	Лікарі та медичні сестри	Експерти з питань соціально-психологічних послуг у ЗОЗ	Експерти з питань медичної освіти
ЗОЗ первинного рівня	3	3	3	-	-
ЗОЗ спеціалізованого рівня допомоги	1	5		-	-
Приватні клініки	2	-		-	-
ЗВО немедичного спрямування	-	-		4	-
ЗВО медичного спрямування	-	-		-	9
Інші	-	-		-	3

Обмеження проведеної оцінки

Аналіз статистичних даних щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я має обмеження стосовно інтерпретації динаміки показників. Дані за 2014–2018 рр. зібрано та розраховано без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя і тимчасово окупованих територій частини Донецької та Луганської областей. Враховуючи це, у звіті окремо демонструються тренди за 1993–2013 рр. та 2014–2018 рр. У 2012 р. почалася реформа Держсанепідслужби, в рамках якої здійснено реструктуризацію і значне скорочення чисельності працівників санітарно-епідеміологічної служби. Це вплинуло на загальнонаціональні показники кількості лікарів та середнього медичного персоналу.

Слід зазначити, що перепис населення в Україні не проводився з 2001 р., отже, показники кількості наявного населення є оціночними і можуть бути завищеними. Це впливає на показники щільності кадрових ресурсів системи охорони здоров'я, котрі розраховуються як

співвідношення абсолютної кількості кадрів та чисельності населення. Якщо кількість населення насправді є меншою, наведені показники щільності можуть бути вищими.

У рамках ситуаційного аналізу через відсутність необхідних даних не вдалося висвітлити низку питань, таких як оцінка ситуації у приватному секторі; оцінка попиту, пропозиції та потреб щодо КРОЗ; прогалини на шляху від абітурієнта до працевлаштування та виходу з професії; зовнішня та внутрішня міграція КРОЗ і вплив міжнародного ринку. Ці питання можуть розглядатися як пріоритетні у визначенні напрямів спеціальних досліджень щодо КРОЗ в Україні.

Результати

Статистичний профіль медичних працівників

Щільність і загальна динаміка змін

Аналіз кількості лікарів та медичних сестер, визначеної відповідно до міжнародного обліку (ISCO-2008) і за даними національного обліку, свідчить про суттєву відмінність цих показників. Фактично, національна оцінка абсолютної кількості лікарів є на чверть (24%) вищою за аналогічну оцінку, отриману шляхом застосування міжнародного стандарту розрахунку (**Рис. 1**). Щодо середнього медичного персоналу, його абсолютна кількість є на 13% вищою порівняно з кількістю за ISCO-2008.

Упродовж 1993–2018 рр. співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні має тенденцію до зниження з 2.7 до 2.0 за міжнародним обліком та з 2.7 до 2.2 – за національним обліком (**Рис. 2**). У ЄС середнє значення співвідношення медичних сестер та лікарів становить 2.4:1 (станом на 2016 р.), що є вищим за українські показники.

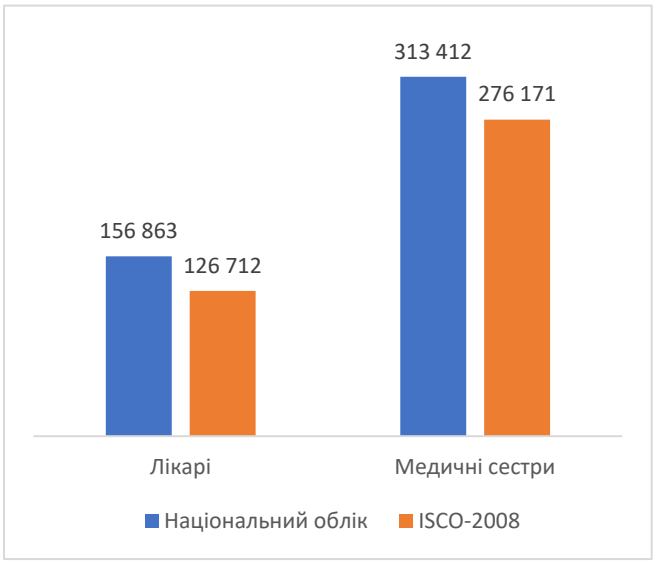


Рисунок 1. Абсолютна кількість лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р.

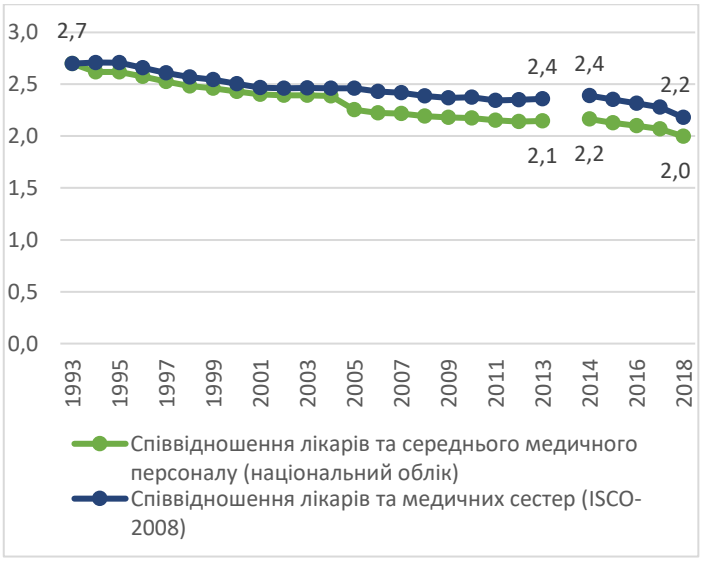


Рисунок 2. Динаміка співвідношення лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору,1993–2018 рр.

На 01.01.2019 щільність лікарів становила 37.2 на 10 тис. населення за національним обліком і 30.1 на 10 тис. населення – за міжнародним обліком, а щільність середнього медичного

персоналу – 74.4 на 10 тис. населення за національним обліком і 65.5 на 10 тис. населення – за міжнародним обліком. Одночасно висока щільність лікарів та середнього медичного персоналу спостерігається в західних (Львівській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Тернопільській, Хмельницькій) областях, а також у Вінницькій, Полтавській та Запорізькій областях (**Рис. 3**). Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.

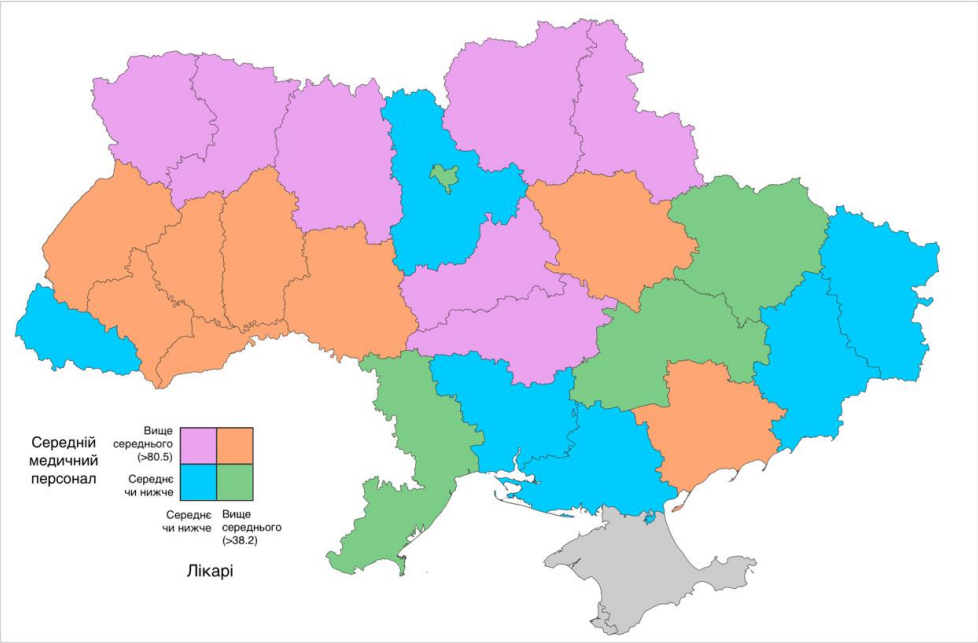


Рисунок 3. Географічний розподіл щільності лікарів та середнього медичного персоналу за національним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р., на 10 тис. населення

Щільність лікарів як за національним, так і за міжнародним обліком суттєво не змінюється, проте щільність середнього медичного персоналу знижується (**Рис. 4**).

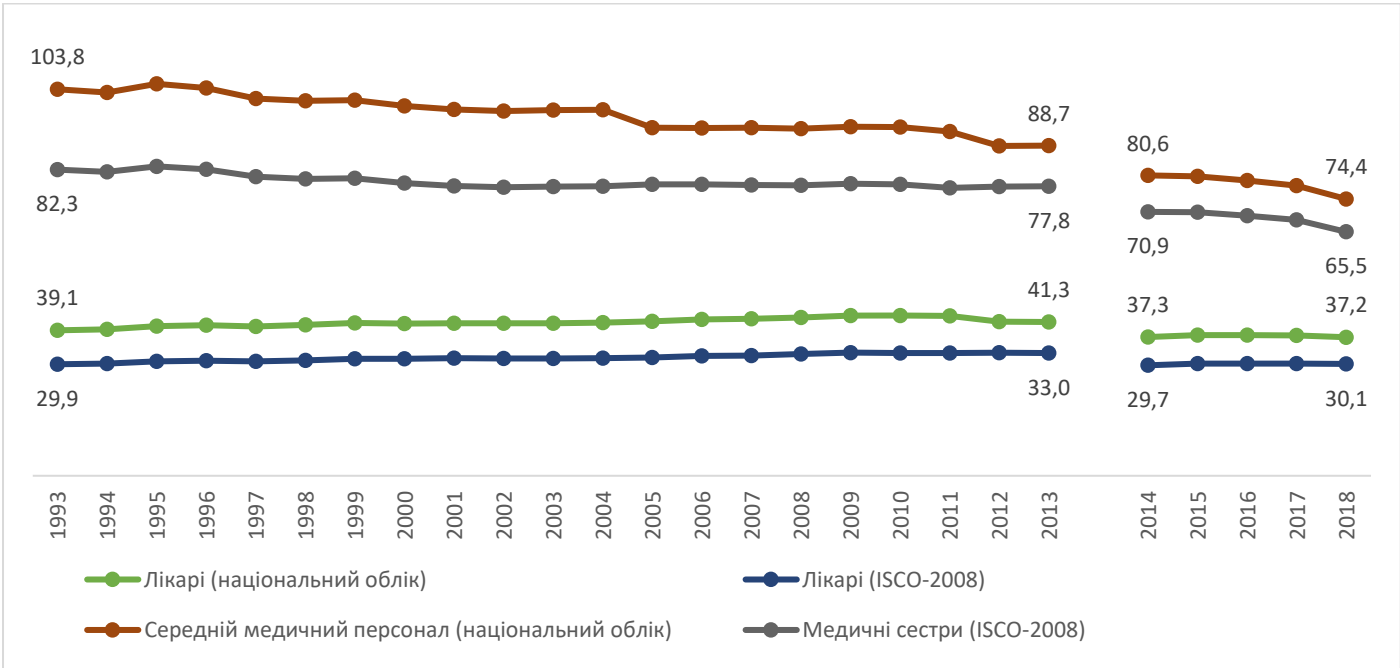


Рисунок 4. Щільність лікарів та медичних сестер за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., на 10 тис. населення

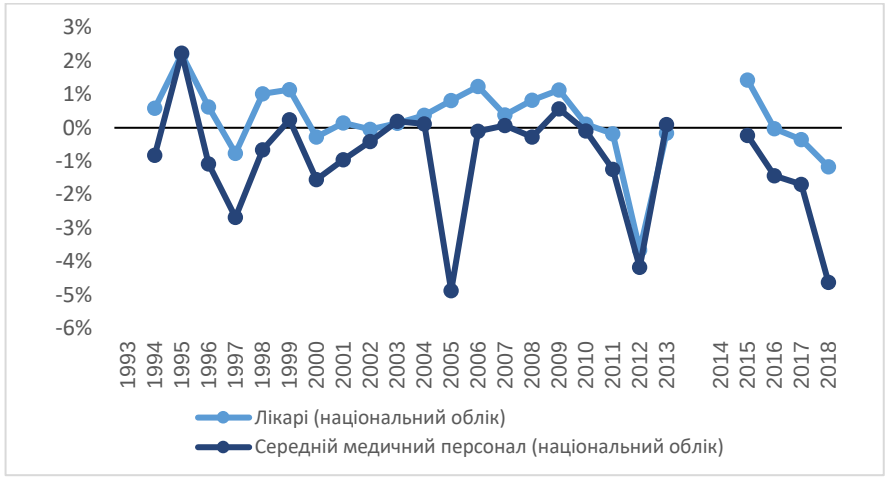
Щорічні темпи приросту медичних сестер є нерівномірними та переважно негативними (**Рис. 5**). За національним обліком найвищі темпи зменшення кількості середнього медичного

персоналу були впродовж 1995–1997 (-3.7%), 2004–2005 (-4.9%), 2010–2012 (-5.4%) та 2017–2018 рр. (-4.6%). За міжнародним обліком високі темпи зменшення середнього медичного персоналу впродовж 2004–2005 та 2011–2012 рр. не підтверджуються; це свідчить про те, що скорочення кадрів стосувалося насамперед інших категорій персоналу, а не медичних сестер, акушерів та фельдшерів. Так, у 2005 р. зникла група дезінфекторів (-6 576 осіб) та суттєво скоротилась кількість працівників у групі «Інший середній медперсонал» (з 21 929 осіб у 2004 р. до 2 610 осіб у 2005 р.). У 2012 р. у зв'язку з початком реформи санітарної служби зменшилась кількість лаборантів-фельдшерів (-6546 осіб), інструкторів-дезінфекторів (-694 особи), а також суттєво знизилась кількість помічників санітарних лікарів (-10741 особа).

Загалом у 2017–2018 рр. кількість лікарів зменшилася на 2 737 осіб, а кількість середнього медичного персоналу – на 17 032 особи. Це понад удвічі більше, ніж у попередньому році. Саме за рахунок медичних сестер, акушерів та фельдшерів спостерігається зменшення середнього медичного персоналу впродовж 2017–2018 рр.: кількість акушерів зменшилася на 8.4%, що є найвищим щорічним темпом зменшення за весь період оцінки з 1993 р.; кількість фельдшерів зменшилася на 5.4%, а медичних сестер – на 4.3%. Втрати лікарів упродовж 2017–2018 рр. відбуваються переважно за рахунок стоматологів (45% від загалу втрат).

У 2017–2018 рр. найвищі темпи зменшення кількості лікарів зафіксовано в західних прикордонних областях (Рівненській, Волинській, Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській), на півдні (у Миколаївській та Херсонській областях) і на сході (у Дніпропетровській і Харківській областях) (**Рис. 7**). За цей період у шести областях (Тернопільській, Хмельницькій, Вінницькій, Полтавській, Запорізькій та Донецькій) темпи приросту лікарів були позитивними або нульовими. Найвищі темпи зменшення середнього медичного персоналу з 2017 по 2018 рр. встановлено у прикордонних областях (Закарпатській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Вінницькій, Житомирській, Одеській, Харківській), а також у Дніпропетровській області та місті Києві (**Рис. 8**).

.



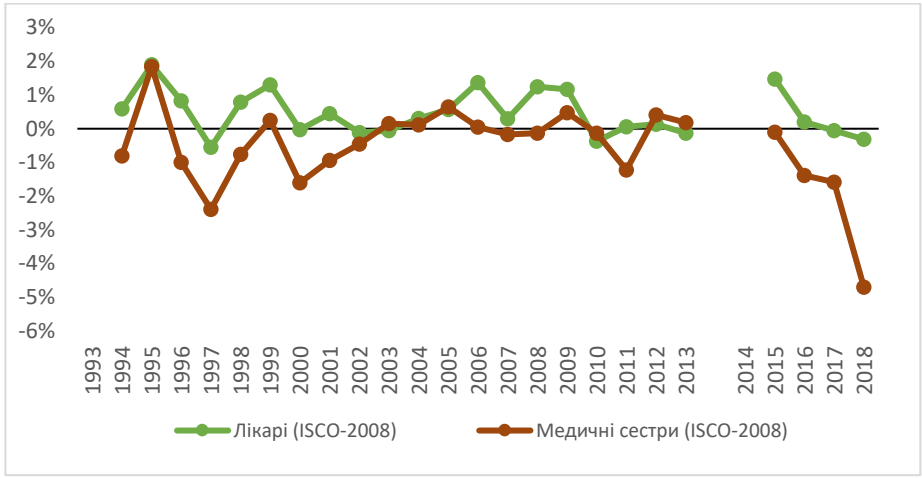


Рисунок 5. Динаміка змін щільності лікарів та медичних сестер на 10 тис. населення за національним та міжнародним обліком у порівнянні з попереднім роком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., %

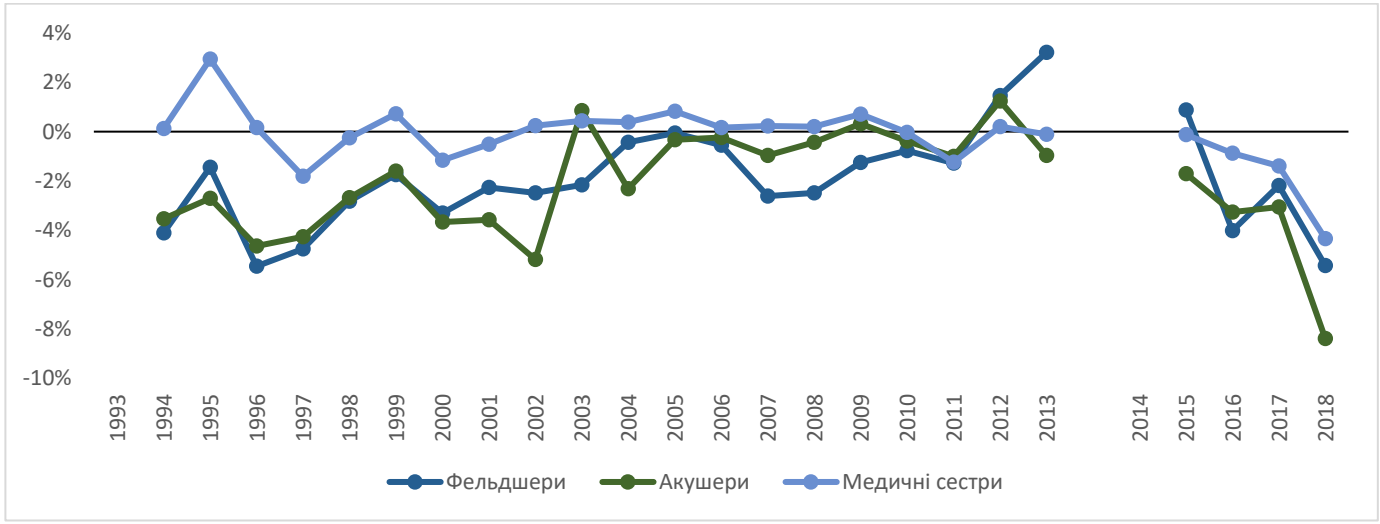


Рисунок 6. Динаміка змін щільності фельдшерів, акушерів та медичних сестер на 10 тис. населення у порівнянні з попереднім роком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., %

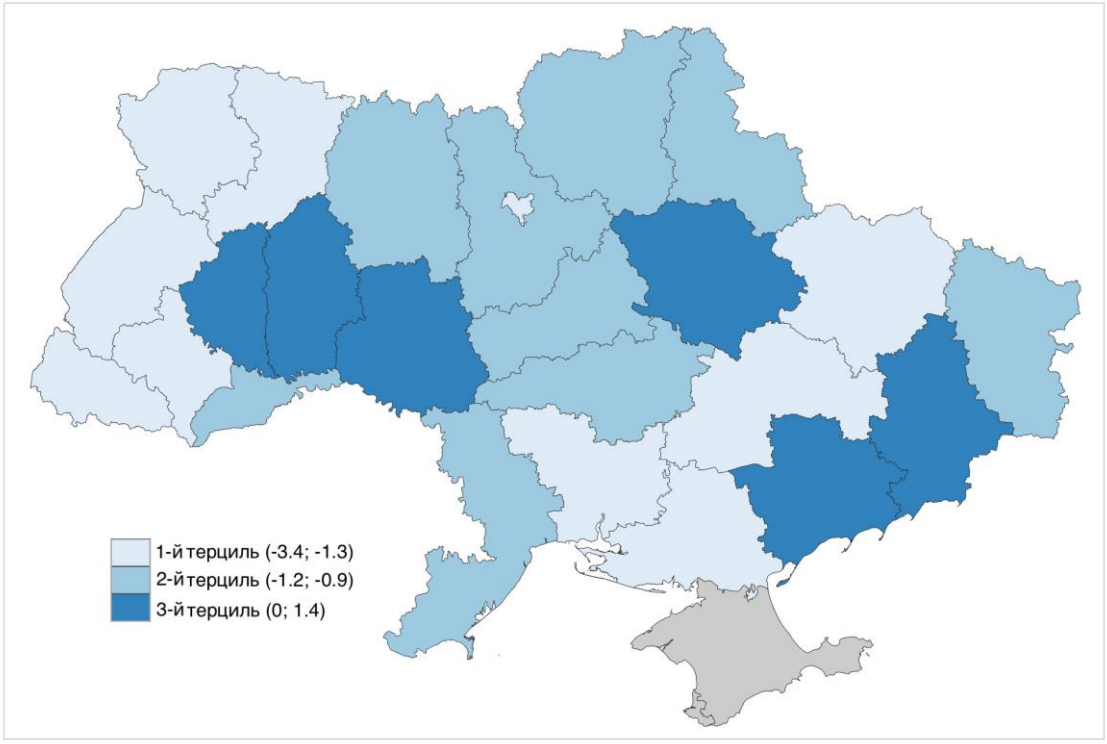


*Рисунок 7. Географічний розподіл темпу приросту **лікарів** на 10 тис. населення за національним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2017–2018 рр.*

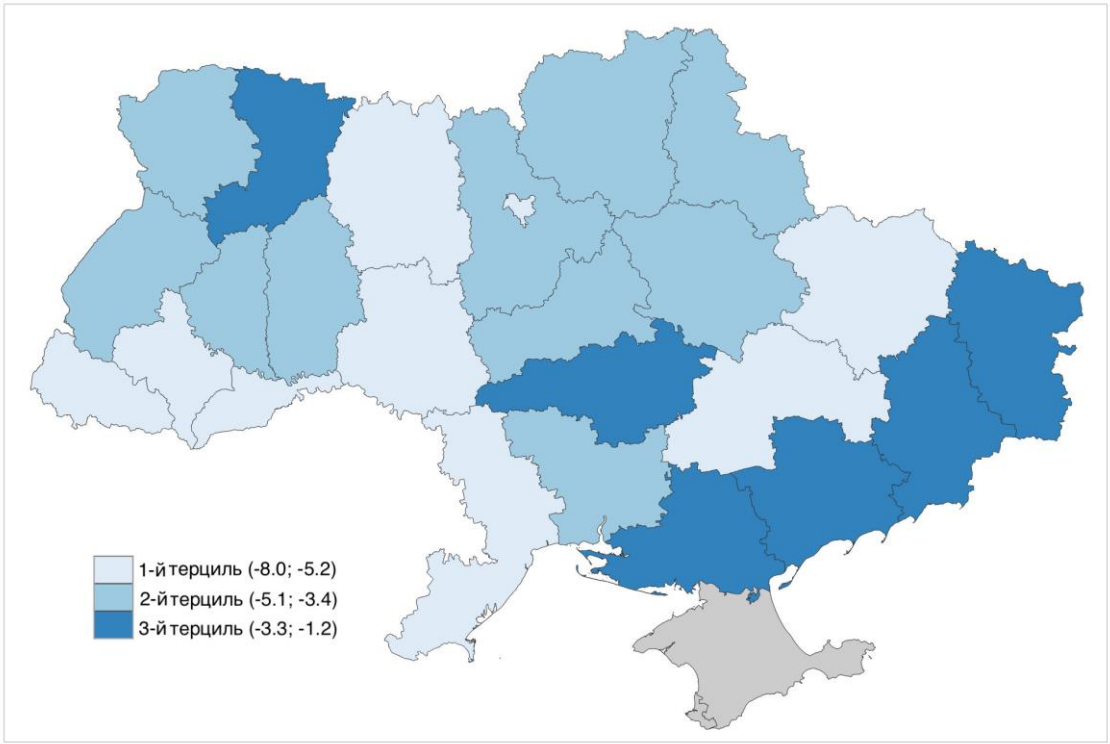


*Рисунок 8. Географічний розподіл темпу приросту **середнього медичного персоналу** на 10 тис. населення за національним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2017–2018 рр.*

Висновки до розділу

- Національна оцінка щільності лікарського та середнього медичного персоналу переоцінює кількість медичних людських ресурсів, оскільки враховує категорії персоналу, що за міжнародним стандартом ISCO-2008 не включаються до підрахунку кількості лікарів та медичних сестер.
- Загалом кадрова криза здебільшого стосується середнього медичного персоналу, а не лікарів. Щорічні темпи приросту медичних сестер є переважно негативними. 2018 рік є переламним у динаміці медичних кадрів, оскільки прискорюються темпи скорочення лікарів, медичних сестер, фельдшерів та акушерів.
- Співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні має тенденцію до зниження, зокрема через негативні темпи приросту кількості медичних сестер, і є нижчим за середньоєвропейський показник.
- Географічний розподіл щільності лікарів та медичних сестер є нерівномірним. Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.

Структура медичних працівників за рівнем допомоги та спеціальністю

На 01.01.2019 частка лікарів спеціалізованої допомоги становила 79%, первинної допомоги – 18%, а екстреної допомоги – 4% (**Рис. 9**). Структура лікарів за рівнем медичної допомоги майже не змінюється з 1993 р. Співвідношення лікарів первинної медичної допомоги та лікарів вторинної ланки у 1993 р. становило 1:5.4, а у 2018 р. – 1:4.5. У ЄС такий показник становить 1:3.

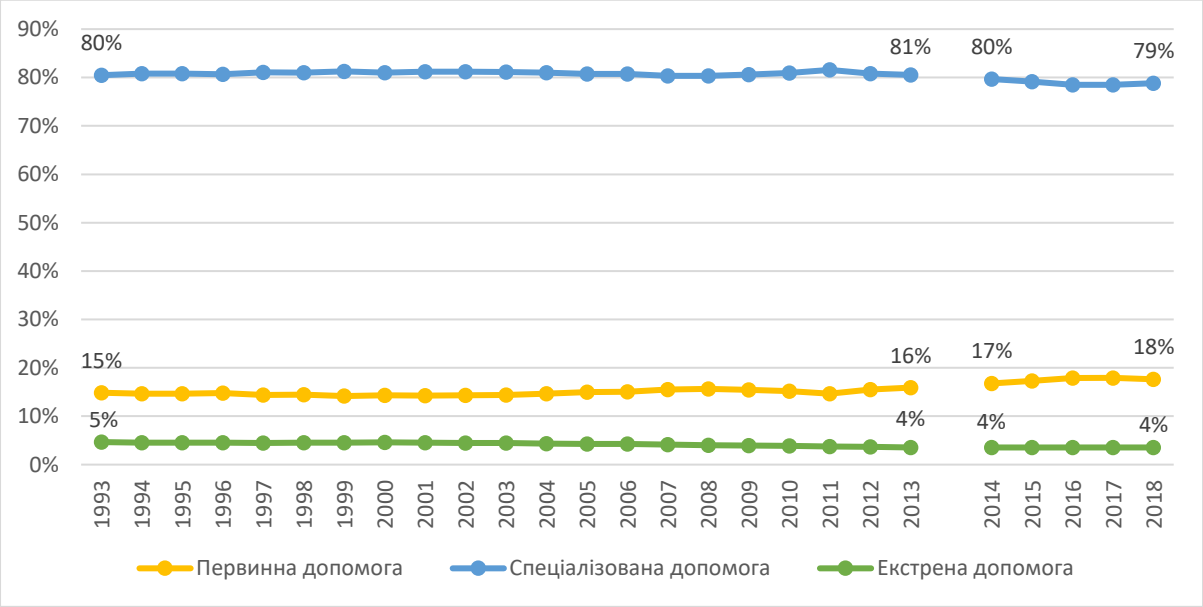


Рисунок 9. Розподіл кількості лікарів за рівнями медичної допомоги, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр.

У 2018 р. дві третини штатних посад лікарів (65.5%) належали до стаціонарів і третина (34.5%) – до амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ. Більшість посад середнього медичного персоналу (77.5%) також належить до стаціонарів, а не до амбулаторно-поліклінічних закладів (22.5%). Для порівняння: в ЄС у 2016 р. такий розподіл посад був більш рівномірним: у стаціонарах були 57% лікарських посад та 48% посад медичних сестер.

Хоча загальна структура розподілу лікарів за рівнем медичної допомоги є стабільною, відбулися зміни у складі лікарів первинного рівня як результат розвитку сімейної медицини: знижується щільність дільничних педіатрів та дільничних терапевтів, стрімко зростає щільність лікарів загальної практики – сімейних лікарів (**Рис. 10**). У 1993–2013 рр. середньорічні темпи приросту дільничних терапевтів становили (-3%), а дільничних педіатрів – (-2%). За цей період щільність сімейних лікарів у середньому зростала на 29% за рік. З 2014 по 2018 рр. темпи зменшення дільничних терапевтів та дільничних педіатрів становили в середньому 12% та 3% за рік; середньорічні темпи зростання щільності сімейних лікарів – (+5%). На 01.01.2018 щільність лікарів, які надають первинну медичну допомогу, становила 4.8 на 10 тис. населення, що є нижчим за середній показник у ЄС у 2016 р. (7.8 на 10 тис.).

У структурі середнього медичного персоналу зростає частка медичних сестер, які працюють на первинній ланці медичної допомоги. У 2014–2018 рр. їх щільність зросла майже в півтора раза (з 4.7 до 6.5 на 10 тис. населення). Це, у свою чергу, вплинуло на співвідношення кількості медичних сестер та лікарів у ЗОЗ первинного рівня: у 2014 р. на одного лікаря первинної ланки припадало 1.2 медичної сестри, а у 2018 р. – 1.4 медичної сестри.

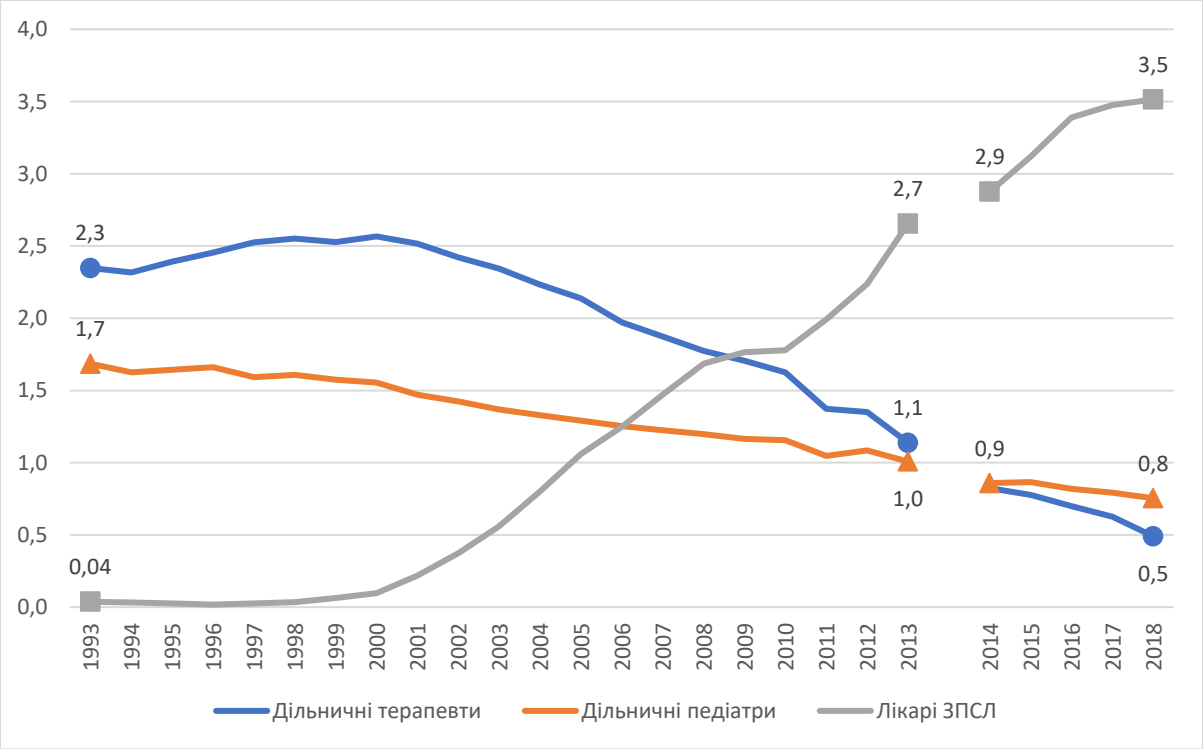


Рисунок 10. Динаміка щільності лікарів первинної ланки, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., на 10 тис. населення

У 2018 р. серед лікарів спеціалізованої допомоги 25% найчисельніших спеціальностей (четвертий квартиль) становили акушери-гінекологи, госпітальні терапевти, хірурги, анестезіологи, невропатологи, госпітальні педіатри, ортопеди-травматологи, рентгенологи, психіатри, офтальмологи та отоларингологи. Третій квартиль включає кардіологів, дерматологів, інфекціоністів, лікарів ультразвукової діагностики, фтизіатрів, онкологів, педіатрів-неонатологів, урологів, ендокринологів та лікарів з функціональної діагностики. До другого квартиля за поширеністю належать судмедексперти, фізіотерапевти, наркологи, патологоанатоми, гастроентерологи, ендоскопісти, ревматологи (в т. ч. кардіоревматологи дитячі), пульмонологи, нефрологи, лікарі лікувальної спортивної медицини та радіологи. Чверть найменш чисельних спеціальностей (перший квартиль) зі щільністю <0.10 на 10 тис. населення формують гематологи, трансфузіологи, алергологи, проктологи, психотерапевти, імунологи, дієтологи, сексопатологи, токсикологи і санологи.

У 1993–2013 рр. негативний середньорічний темп приросту мали 13 спеціальностей: лікарі функціональної діагностики, радіологи, психотерапевти, фтизіатри, рентгенологи, токсикологи, імунологи, фізіотерапевти, лікарі лікувальної спортивної медицини, госпітальні педіатри, госпітальні терапевти, дієтологи та санологи (**Рис. 11**). З 2014 по 2018 рр. вже 23 спеціальності демонстрували негативний середньорічний темп приросту. Це ті самі спеціальності, що й у 1993–2013 рр. (крім рентгенологів, дієтологів та токсикологів, у яких у ці роки зафіксовано позитивний середньорічний темп приросту), а також уропати, пульмонологи, невропатологи, гастроентерологи, хірурги, психіатри, ревматологи, акушери-гінекологи, отоларингологи, трансфузіологи, наркологи, дерматологи, офтальмологи і сексопатологи.

Позитивний або нульовий середньорічний темп приросту демонстрували кардіологи, нефрологи, ендокринологи, алергологи, гематологи, неонатологи, лікарі ультразвукової діагностики, патологоанатоми, інфекціоністи, судмедексперти, анестезіологи, ортопеди-травматологи, ендоскопісти, проктологи та онкологи.

Якщо порівнювати щільність лікарів-спеціалістів з відповідними середніми показниками в ЄС, в Україні більше акушерів-гінекологів, хірургів, дерматологів та онкологів, проте менше кардіологів, анестезіологів, радіологів та психіатрів.

Динаміка щільності лікарів екстреної допомоги була низхідною впродовж 1993–2018 рр. (з 1.28 до 1.07 на 10 тис. населення, середньорічний темп приросту становив -0.9%) (**Рис. 12**). У 2014–2017 рр. щільність лікарів екстреної допомоги дещо зросла (середньорічний темп приросту: +0.2%), проте вже у 2018 р. знову зафіксовано зменшення щільності на 1.9% порівняно з попереднім роком (до 0.98 на 10 тис. населення).

У 2018 р. щільність лікарів-стоматологів в Україні становила 4.0 на 10 тис. населення (**Рис. 13**). Упродовж 1993–2013 рр. щільність стоматологів зростала (щорічний темп приросту: +1.3%), проте у 2014–2018 рр. тенденція змінилася на обернену (щорічний темп приросту: -2.9%).

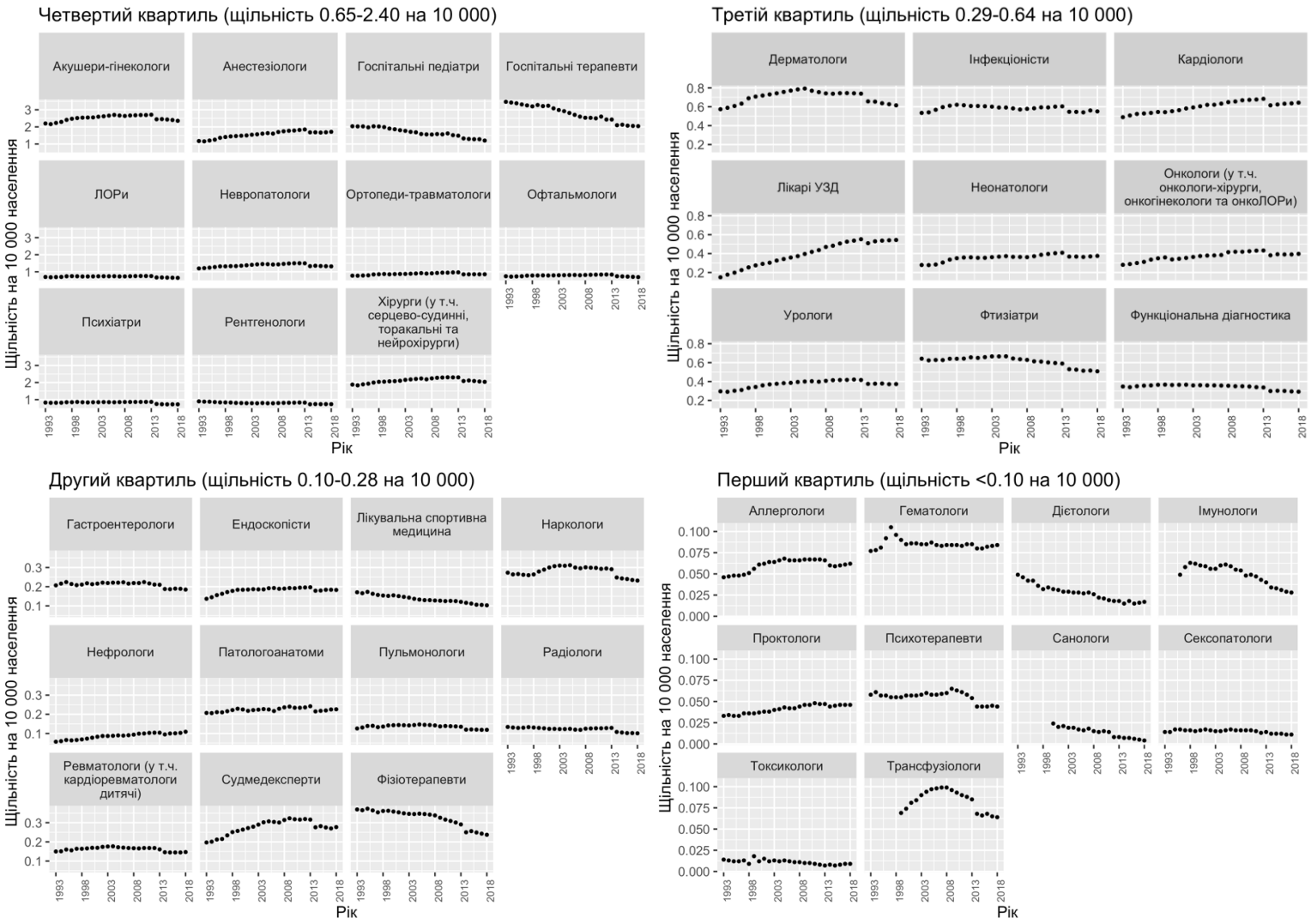


Рисунок 11. Динаміка щільності лікарів спеціалізованої допомоги, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., за квартилями поширеності спеціальностей у 2018 р., на 10 тис. населення

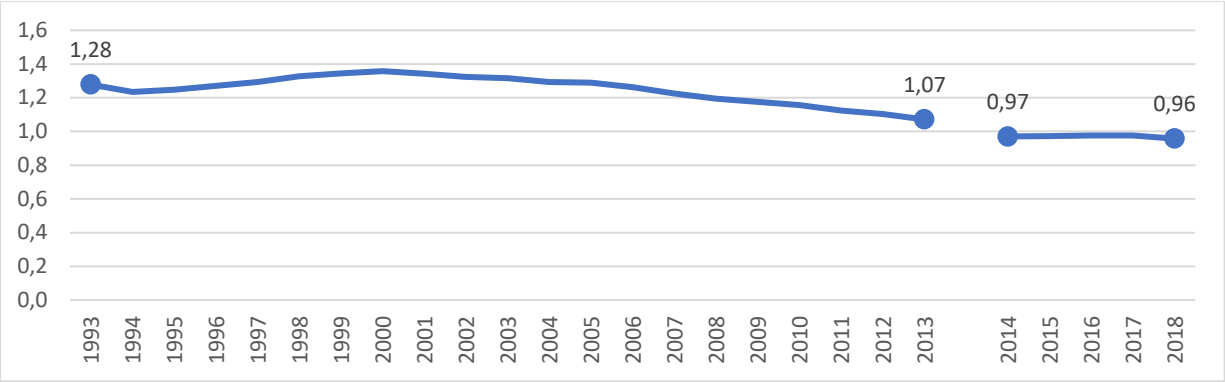


Рисунок 12. Динаміка щільності лікарів екстреної допомоги, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., на 10 тис. населення

У 1993–2018 рр. динаміка кількості лікарів-інтернів була нерівномірною (**Рис. 13**). Їх щільність зростала з 1993 по 1995 рр. (з 2.6 до 3.1 на 10 тис. населення), проте суттєво зменшилася у 1997 р. (до 2.1 на 10 тис. населення) і залишалася приблизно на тому самому рівні до 2005 р. У 2005–2009 рр. відбулося стрімке зростання щільності інтернів (середньорічний темп змін за цей період: +0.6%), і до 2013 р. суттєвих змін не спостерігалося. Можна припустити, що такий тренд є наслідком зростання кількості вступників на перший курс закладів вищої освіти за шість років до цього. Нещодавня динаміка 2014–2018 рр. свідчить про стійке зростання щільності лікарів-інтернів (з 2.5 до 3.1 на 10 тис. населення, середньорічний темп змін за цей період: +0.2%).

Щільність лікарів-лаборантів у 1993–2013 рр. зменшилася з 0.88 до 0.52 на 10 тис. населення, у 2014–2018 рр. вона суттєво не змінювалася і на 01.01.2019 становила 0.48 на 10 тис. населення.

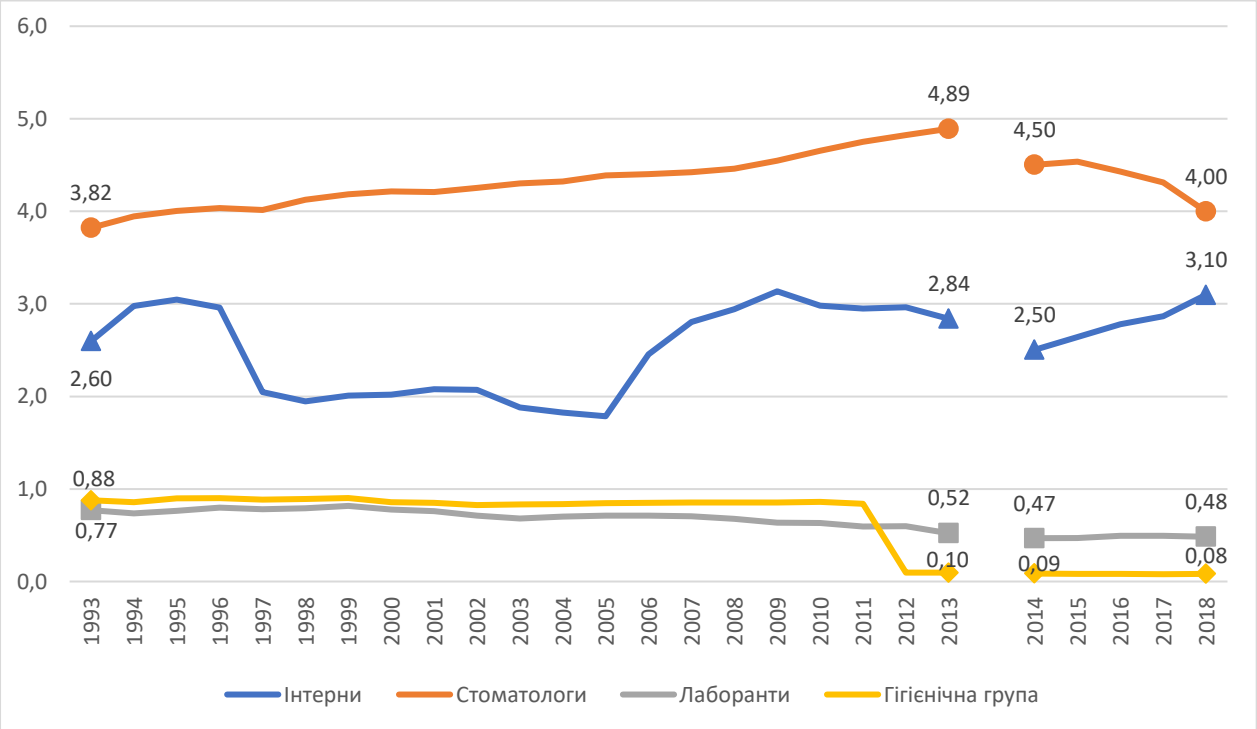


Рисунок 13. Динаміка щільності лікарів-інтернів, стоматологів, лаборантів та лікарів гігієнічної групи, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр.*

**Гігієнічна група включає гігієністів, епідеміологів, паразитологів, бактеріологів та вірусологів.*

Щільність лікарів гігієнічної групи, яка включає гігієністів, епідеміологів, паразитологів, бактеріологів та вірусологів, суттєво зменшилася з 2011 по 2012 рр. (з 0.84 до 0.09 на 10 тис. населення) і є наслідком реформи Державної санітарно-епідеміологічної служби України, яка розпочалася в цей період. Частина лікарів з цієї групи перейшла до ветеринарної та інших служб. Після цього щільність лікарів гігієнічної групи стабілізувалася і на 01.01.2019 становила 0.08 на 10 тис. населення.

Висновки до розділу

- Кількість лікарів та середнього медичного персоналу на первинній ланці є недостатньою. Чотири з п'яти лікарів є лікарями-спеціалістами. Частка лікарів первинної ланки у структурі медичної допомоги є нижчою за середньоєвропейський показник (один лікар первинної ланки на 4.5 лікаря-спеціаліста в Україні, 1:3 – у ЄС).
- Є дисбаланс стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних посад. Тільки третина штатних посад лікарів та близько чверті штатних посад середнього медичного персоналу належать до амбулаторно-поліклінічних закладів, решта – до стаціонарів. У ЄС співвідношення стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних посад лікарів та медичних сестер є більш рівномірним (близько половини посад – у стаціонарах).
- Кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів зростає головним чином за рахунок скорочення кількості дільничних терапевтів та педіатрів. Співвідношення медичних кадрів первинної та спеціалізованої допомоги залишається стабільним.
- Серед лікарів спеціалізованої допомоги чверть найчисельніших спеціальностей включає акушерів-гінекологів, госпітальних терапевтів, хірургів, анестезіологів, невропатологів, госпітальних педіатрів, ортопедів-травматологів, рентгенологів, психіатрів, офтальмологів та отоларингологів. У порівнянні з ЄС, в Україні більше акушерів-гінекологів, хірургів, дерматологів та онкологів, проте менше кардіологів, анестезіологів, радіологів та психіатрів.
- Динаміка щільності лікарів екстреної допомоги та стоматологів у ЗОЗ бюджетного сектору є переважно низхідною. Динаміка щільності з 2014 р. має позитивний тренд до зростання серед лікарів-інтернів; у цей період щільність лаборантів та лікарів гігієнічної групи суттєво не змінюється.

Медичні працівники приватного сектору

Якщо враховувати бюджетний та приватний сектори медичної допомоги, станом на кінець 2018 р. щільність лікарів була 44.0 на 10 тис. населення за національним обліком, у тому числі 37.2 в ЗОЗ, які перебувають у сфері управління МОЗ України, 2.4 – у ЗОЗ інших міністерств і відомств та 4.5 – у приватних структурах. Загальна щільність середнього медичного персоналу – 81.9 на 10 тис. населення, у тому числі 74.4 в ЗОЗ, які перебувають у сфері управління МОЗ України, 3.7 – у ЗОЗ інших міністерств і відомств та 3.9 – у приватних структурах.

Загалом станом на початок 2019 р. у приватних структурах працювали 10% лікарів та 4% середнього медичного персоналу. Частка лікарів та середнього медичного персоналу, які працюють у приватних структурах, поступово зростає за рахунок

скорочення частки медичного персоналу в ЗОЗ, які перебувають у сфері управління МОЗ України та інших відомств (**Рис. 14**).

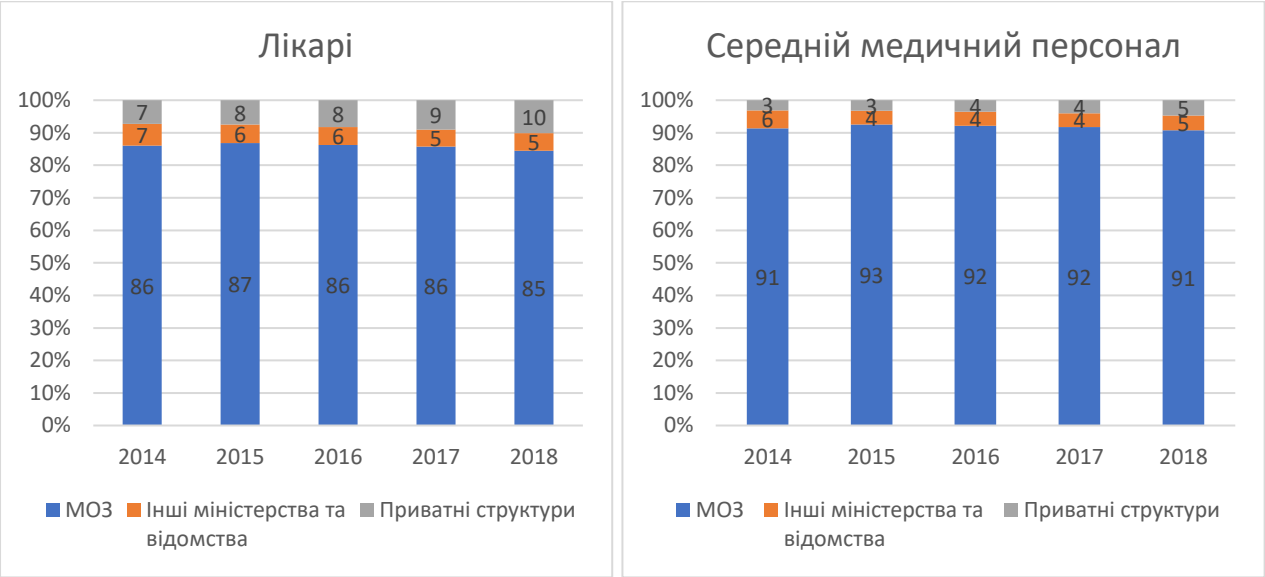


Рисунок 14. Розподіл лікарів та середнього медичного персоналу за типом власності ЗОЗ, 2014–2018 рр., %

Стоматологи та дерматовенерологи частіше залучаються до роботи у приватному секторі, ніж інші спеціалісти: частка стоматологів у приватних ЗОЗ на кінець 2018 р. становила 31.5%, частка дерматовенерологів – 17.1%. Загалом у 2014–2018 рр. частка лікарів, які працюють у приватних структурах, зростала серед усіх категорій лікарів (**Рис. 15**). Впродовж цього періоду середньорічні темпи приросту щільності лікарів, які працюють у приватному секторі, становили +26.4% серед сімейних лікарів, +22.3% – серед педіатрів, +20.9% – серед онкологів, +15.7% – серед хірургів, +12.8% – серед психіатрів, +12.3% – серед акушерів-гінекологів, +11% – серед дерматологів, + 10.8% – серед терапевтів та +7.1% – серед стоматологів.

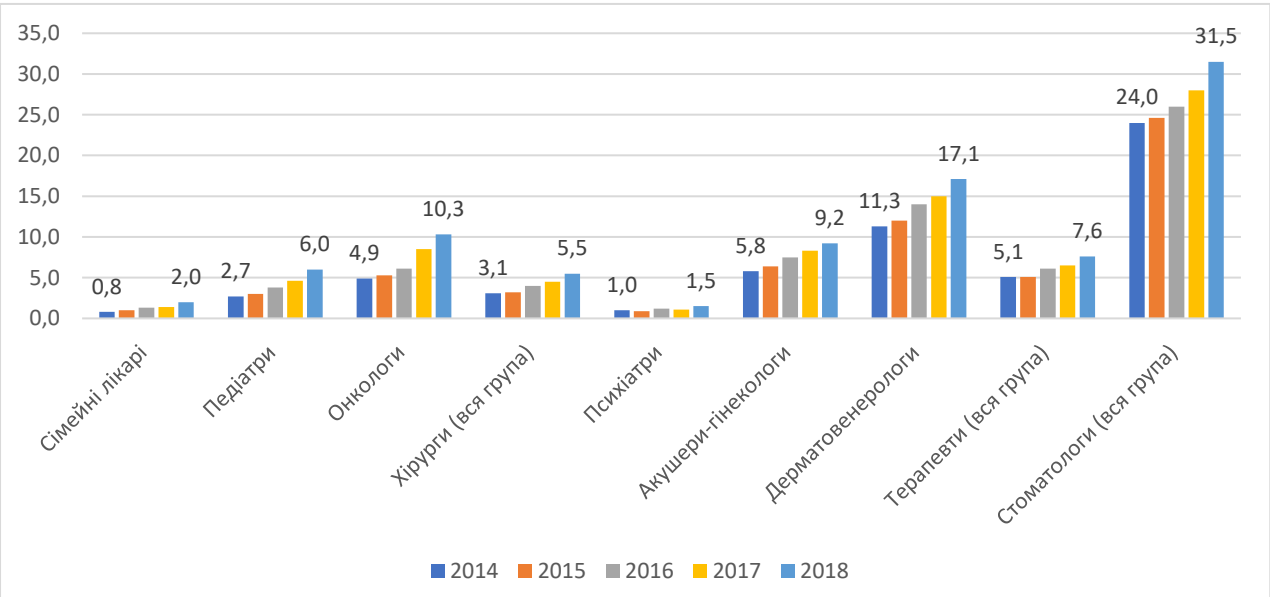


Рисунок 15. Частка спеціалістів, які працюють у приватних ЗОЗ, від загальної кількості таких спеціалістів, 2014–2018 рр., %

Висновки до розділу

- Більшість лікарів та середнього медичного персоналу працюють у закладах, які належать до бюджетного сектору, тобто перебувають у сфері управління МОЗ України або інших міністерств і відомств. Тільки десята частина лікарів (переважно стоматологи та дерматовенерологи) і 4% середнього медичного персоналу працюють у приватних структурах за основним місцем роботи. Втім, у 2014–2018 рр. частка медичних кадрів приватного сектору мала тренд до зростання.

Соціально-демографічний профіль

Дві третини лікарів – це жінки. Щодо середнього медичного персоналу, тут частка жінок становить понад 90%. Структура лікарів та середнього медичного персоналу за статтю суттєво не змінюється з 1993 р. (**рис. 16, 17**).

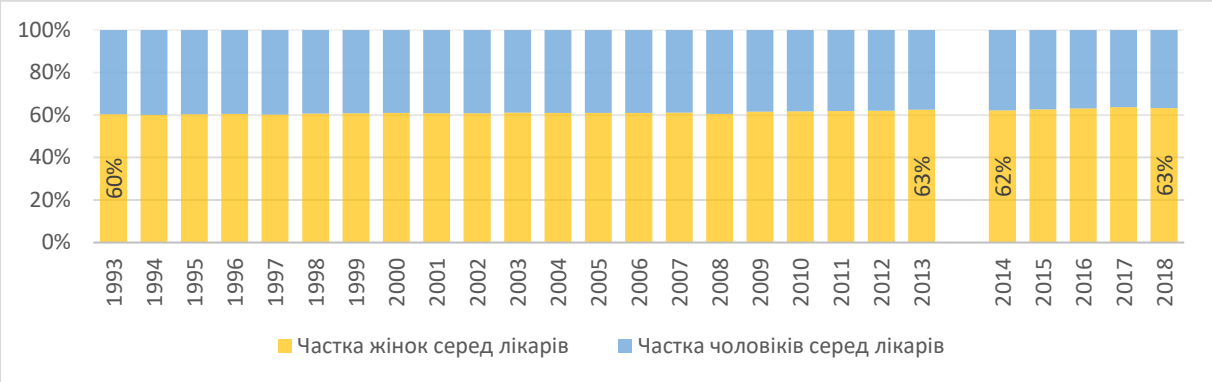


Рисунок 16. Розподіл лікарів за статтю, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., %

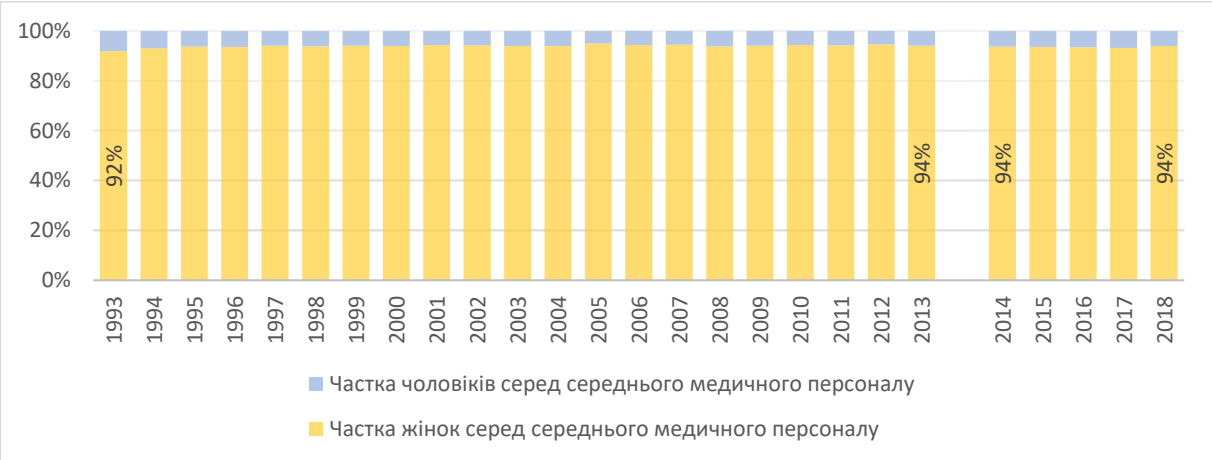


Рисунок 17. Розподіл середнього медичного персоналу за статтю, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., %

В Україні на момент підготовки цього звіту медичні працівники мали можливість отримати пенсію за віком при досягненні 60 років та наявності страхового стажу не менше 15 років. Як правило, після досягнення пенсійного віку медичні працівники в Україні продовжують працювати. На 01.01.2019 частка осіб пенсійного віку серед лікарів та середнього медичного персоналу становила 25% та 13% відповідно. Цей

показник зростав з 1993 по 2011 рр., після чого суттєво не змінювався (**Рис. 18**). Одночасно високі (вище середнього) частки осіб пенсійного віку серед лікарів та середнього медичного персоналу спостерігаються в Київській, Черкаській, Кіровоградській, Миколаївській, Херсонській, Дніпропетровській та Донецькій областях (**Рис. 19**).

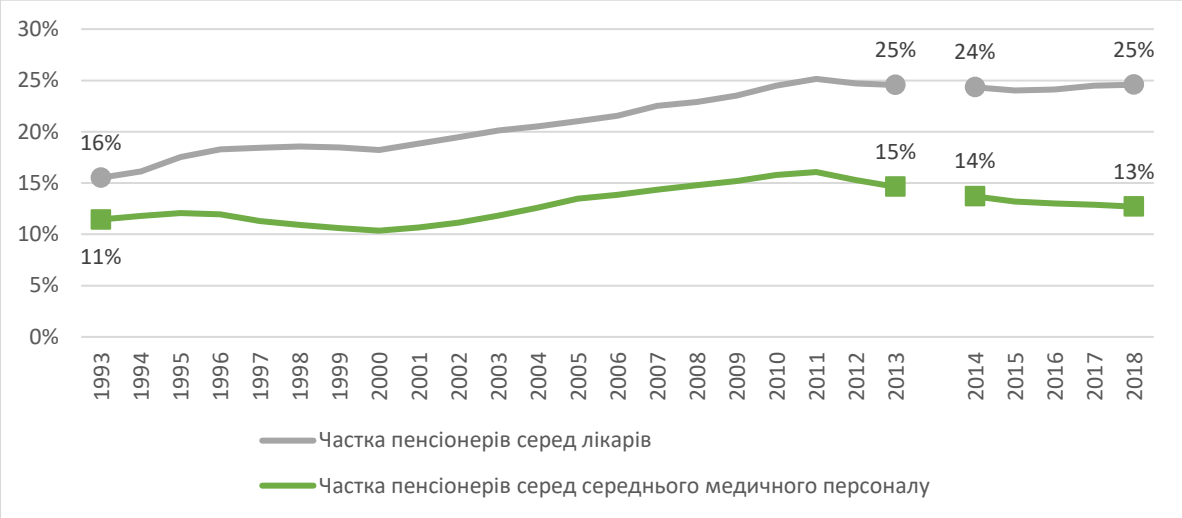


Рисунок 18. Частка осіб пенсійного віку серед працюючих лікарів та середнього медичного персоналу, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., %

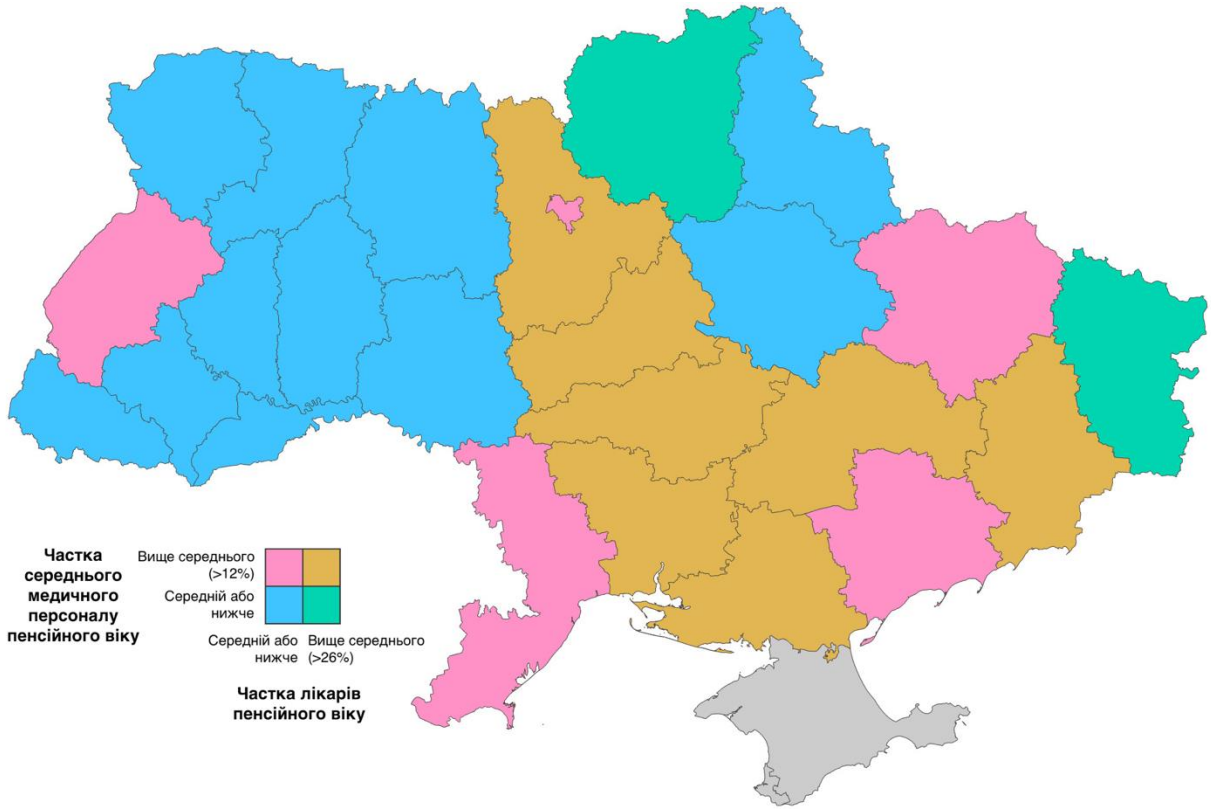


Рисунок 19. Географічний розподіл частки лікарів та середнього медичного персоналу пенсійного віку, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р.

У середньому третина (31%) населення України мешкає в сільській місцевості; частка сільського населення коливається від 9% (Донецька область) до 63% (Закарпатська область). Станом на початок 2019 р. у сільській місцевості працювали тільки 5% лікарів, а частка сільських лікарів коливалася від 2% (Запорізька область) до 13%

(Закарпатська та Черкаська області). Частка середнього медичного персоналу в сільській місцевості – 12%; у регіональному вимірі цей показник коливався від 6% (Дніпропетровська область) до 24% (Закарпатська область). Частка сільських лікарів та сільського середнього медичного персоналу суттєво не змінюється з 1996 р. (**Рис. 20**). Географічний розподіл свідчить, що високоурбанізовані регіони здебільшого мають нижчу частку сільських лікарів та сільського середнього медичного персоналу, проте регіони з високою часткою сільського населення не завжди мають високу частку сільських медичних працівників. Наприклад, Львівська, Одеська та Сумська області мають середній рівень урбанізації територій, проте частка сільських лікарів та сільського середнього медичного персоналу є дуже низькою, як у високоурбанізованих областях (**Рис. 21**).

На початку 2019 р. щільність сільських лікарів становила 6.6 на 10 тис. сільського населення, а щільність сільського середнього персоналу – 29.8 на 10 тис. сільського населення. Найнижча щільність сільського медичного персоналу спостерігається в Луганській області: 2 сільські лікарі та 16.6 середнього медичного персоналу на 10 тис. сільського населення (**Рис. 22**).

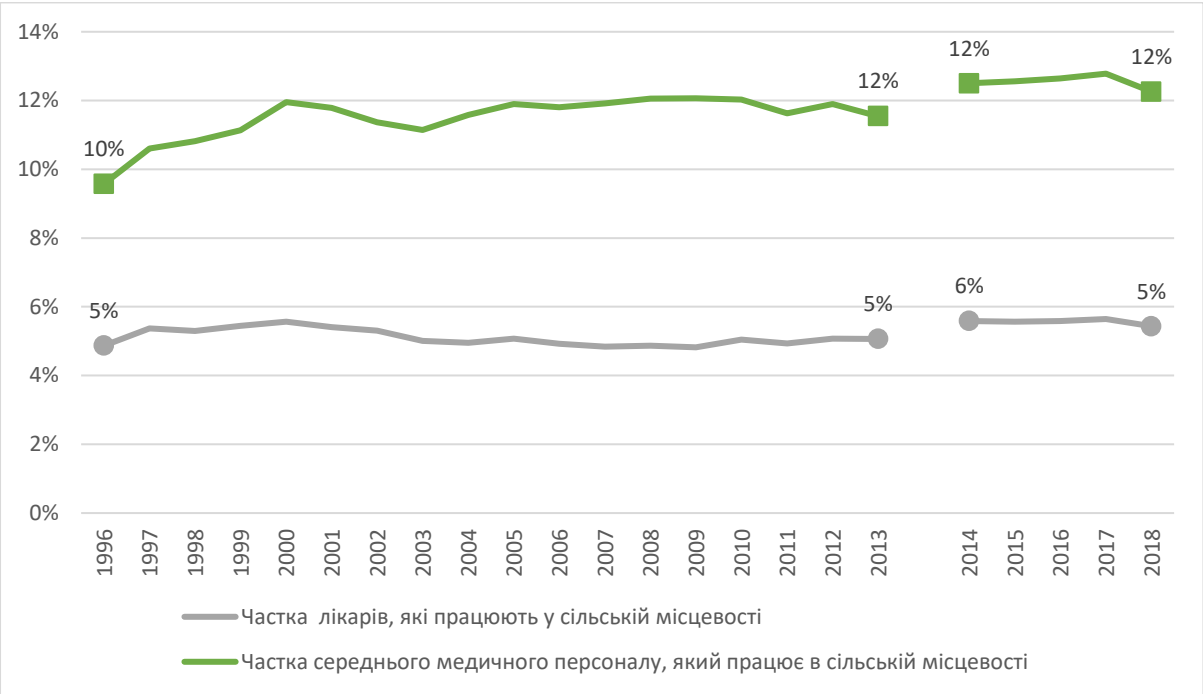


Рисунок 20. Частка лікарів та середнього медичного персоналу, які працюють у сільській місцевості, ЗОЗ бюджетного сектору, 1996–2018 рр., %

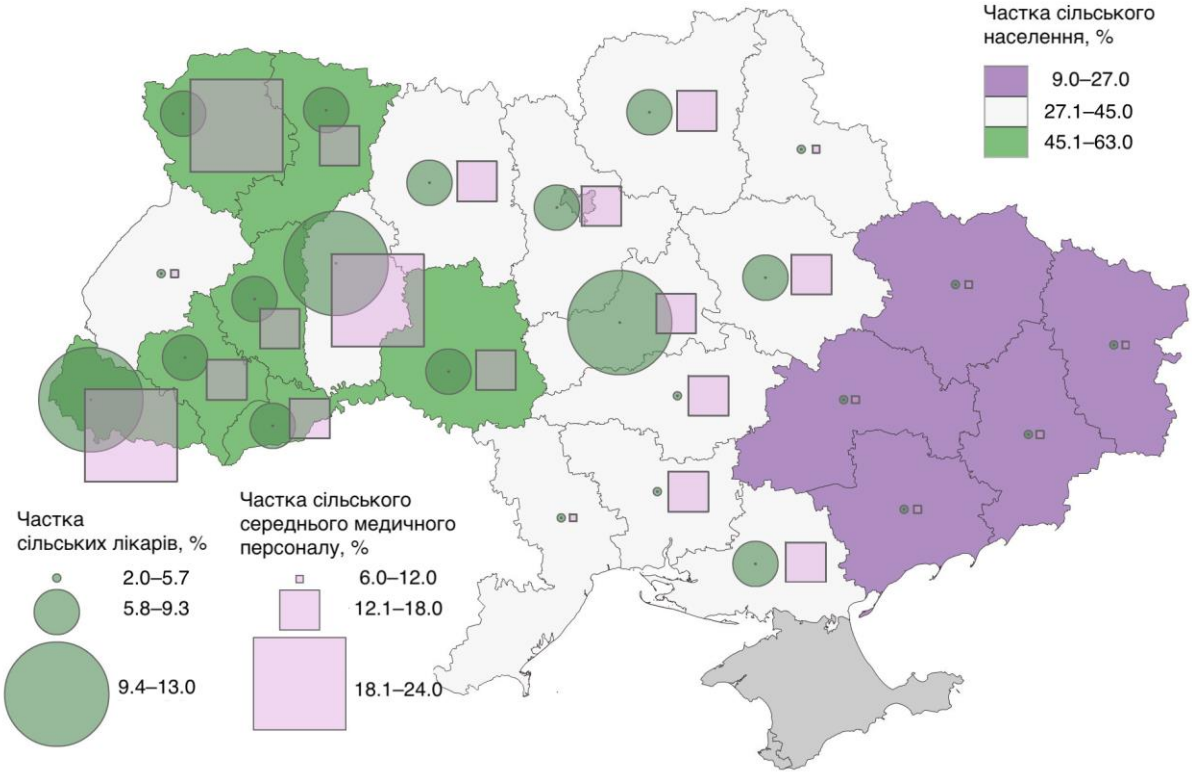


Рисунок 21. Відповідність географічного розподілу сільського лікарського та середнього медичного персоналу сільському населенню, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р.,%

Рисунок 22. Щільність сільського лікарського та середнього медичного персоналу, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р., на 10 тис. сільського населення

Висновки до розділу

- Гендерний дисбаланс є характерним як для лікарів (дві третини – жінки), так і середнього медичного персоналу (понад 90% – жінки).
- Серед медичного персоналу поширеною є практика продовжувати працювати після досягнення пенсійного віку. Чверть лікарів та понад 10% середнього медичного персоналу є працюючими пенсіонерами.

- Регіони з високою часткою сільського населення не завжди мають високу частку сільських медичних працівників. Тільки 5% лікарів та 12% середнього медичного персоналу працюють у сільській місцевості станом на початок 2019 р., хоча в селах живе в середньому близько третини населення України.
- Розподіл медичного персоналу за статтю й типом поселення суттєво не змінюється з 1993 р. Частка осіб пенсійного віку серед лікарів та середнього медичного персоналу зростала до 2011 р., після чого стабілізувалася.

Укомплектованість і практика суміщення посад

Загалом у 2018 р. в усіх бюджетних закладах, у госпрозрахункових відділеннях бюджетних закладів та в госпрозрахункових закладах було передбачено 755 290 штатних посад, укомплектованість яких становила 92%. Чисельність посад скоротилася на 49% з 1993 р., а впродовж 2017 р. – на 16.7%. Серед загалу ЗОЗ укомплектованість лікарів становить 88%, а середнього медичного персоналу – 92.6% (**Рис. 23**). Найвищою є укомплектованість посад зубних лікарів (98.6%), а найнижчою – фармацевтів (79.4%) та провізорів (80.4%).

Рисунок 23. Укомплектованість штатних посад у ЗОЗ бюджетного сектору за групами персоналу, 2018 р., %

Укомплектованість посад лікарів та середнього медичного персоналу є вищою в північних і західних областях (Закарпатській, Львівській, Івано-Франківській, Тернопільській, Чернівецькій, Рівненській, Хмельницькій, Житомирській), а також у Черкаській та Харківській областях (**Рис. 24**). Одночасно нижчий середнього рівень укомплектованості лікарів та середнього медичного персоналу зафіксовано у столиці, Київській, Полтавській, Одеській, Миколаївській, Дніпропетровській, Запорізькій, Донецькій та Луганській областях.

Для оцінки укомплектованості посад використовується коефіцієнт суміщення, який розраховується як співвідношення зайнятих посад та фізичних осіб. Якщо цей коефіцієнт становить <1, це вказує на надлишок фізичних осіб щодо штатних посад. Якщо він становить >1, це свідчить, що фізичні особи працюють більше ніж на одну посаду. У 2018 р. в Україні середній коефіцієнт суміщення становить 1.08 серед загалу посад ЗОЗ, у тому числі 1.13 – серед лікарів та 1.07 – серед середнього медперсоналу. Поширеність сумісництва є різною серед областей. Наприклад, в Івано-Франківській області найнижчий середній коефіцієнт суміщення (0.98), високий рівень суміщення спостерігається в Херсонській та Луганській областях (1.29), Миколаївській (1.33), Кіровоградській (1.26) та Донецькій (1.24) областях.

Регіони, які мають високий рівень укомплектованості, також зазвичай мають нижчий коефіцієнт суміщення посад (нижчий середнього) (**рис. 24, 25**). У розрізі спеціальностkй також є зв'язок між рівнем укомплектованості та коефіцієнтом суміщення посад (**Рис. 26**).

Чверть найменш укомплектованих посад лікарів (до 83%) – це посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів, судмедекспертів, патологоанатомів, рефлексотерапевтів, імунологів, генетиків, епідеміологів, психологів, психотерапевтів, дієтологів та санологів (**Рис. 27**). Серед середнього медичного персоналу найменш укомплектованими є посади фельдшерів (**Рис. 28**).

За рівнем суміщення посад 25% найбільших коефіцієнтів (понад 1.21) спостерігається серед анестезіологів, лікарів ультразвукової діагностики, нефрологів, ендоскопістів, наркологів, лікарів функціональної діагностики, судмедекспертів, патологоанатомів, імунологів, генетиків, дієтологів, епідеміологів, бактеріологів та лікарів-лаборантів.

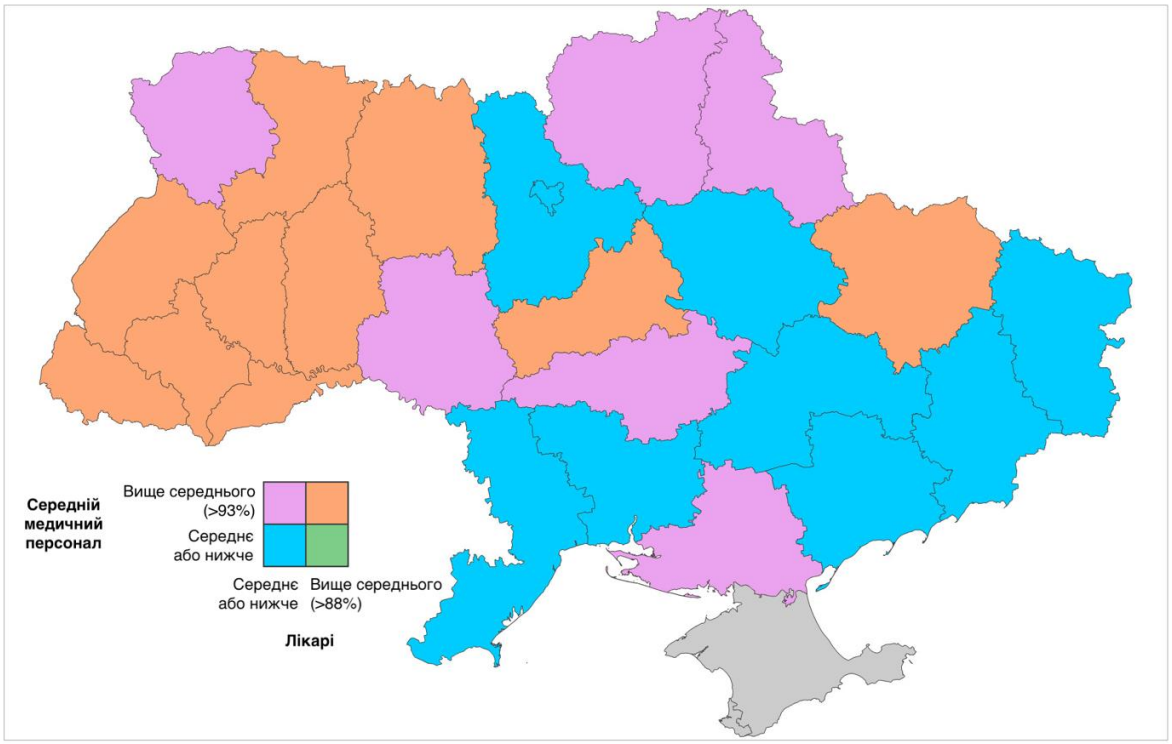


Рисунок 24. Географічний розподіл частки укомплектованих посад лікарів та середнього медичного персоналу, 2018 р., %

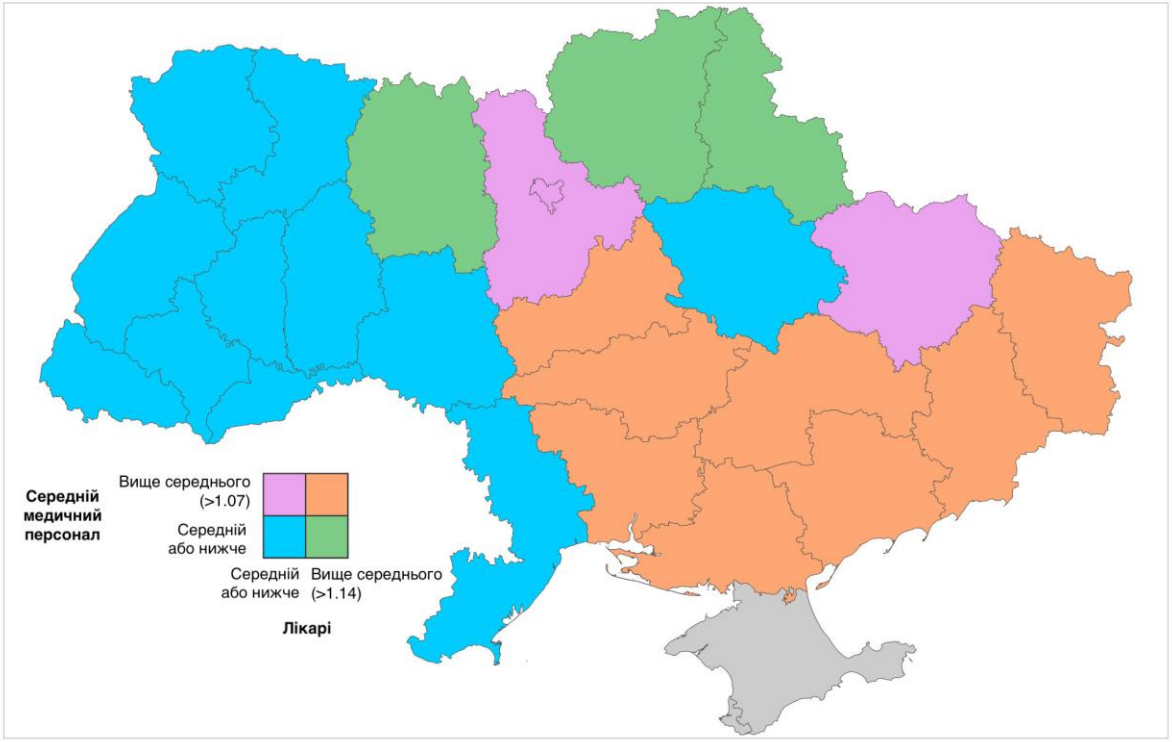


Рисунок 25. Географічний розподіл коефіцієнта суміщення посад лікарів та середнього медичного персоналу, 2018 р.

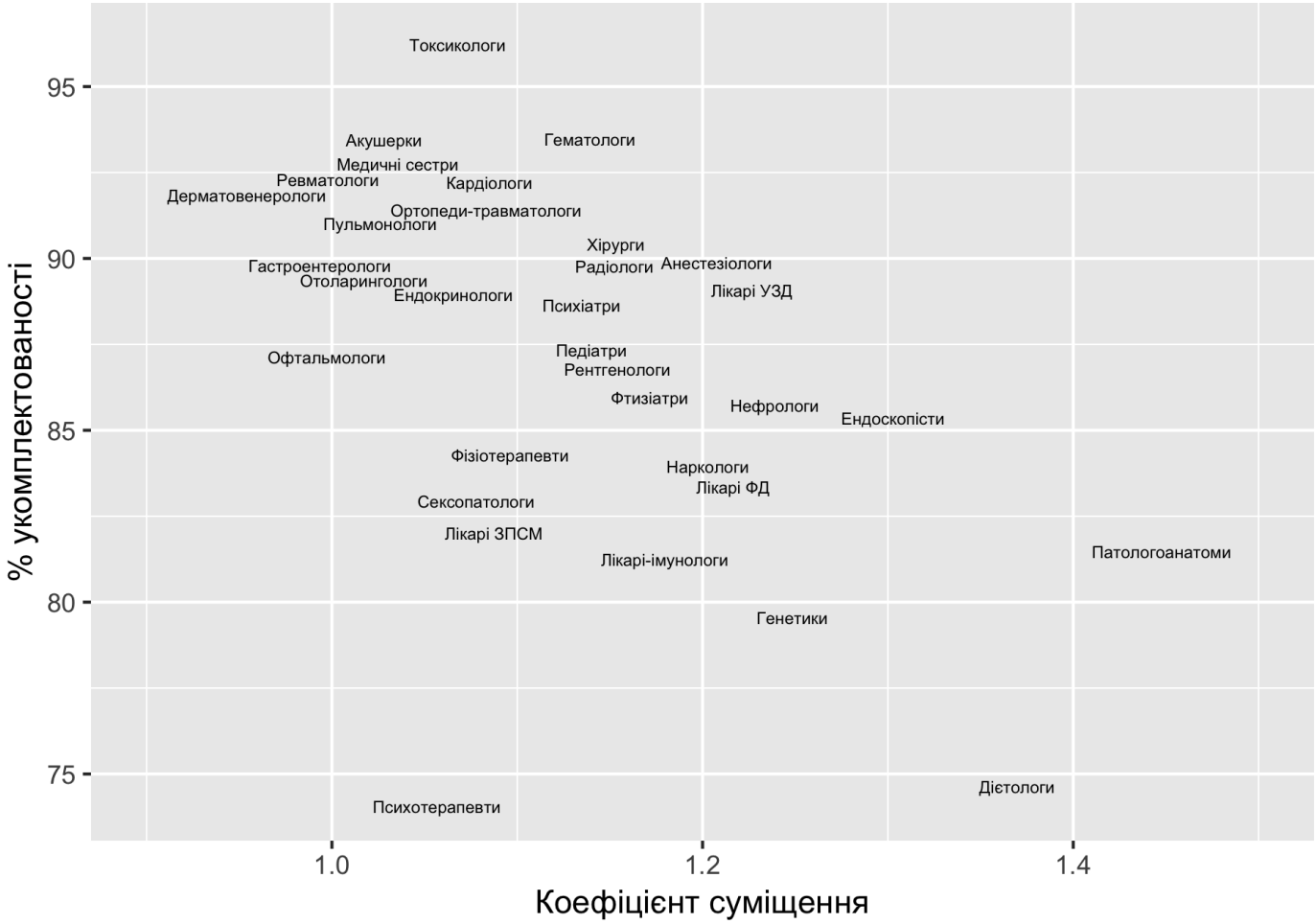


Рисунок 26. Розподіл спеціальностей лікарів та середнього медичного персоналу за рівнем укомплектованості та коефіцієнтом суміщення посад, 2018 р.

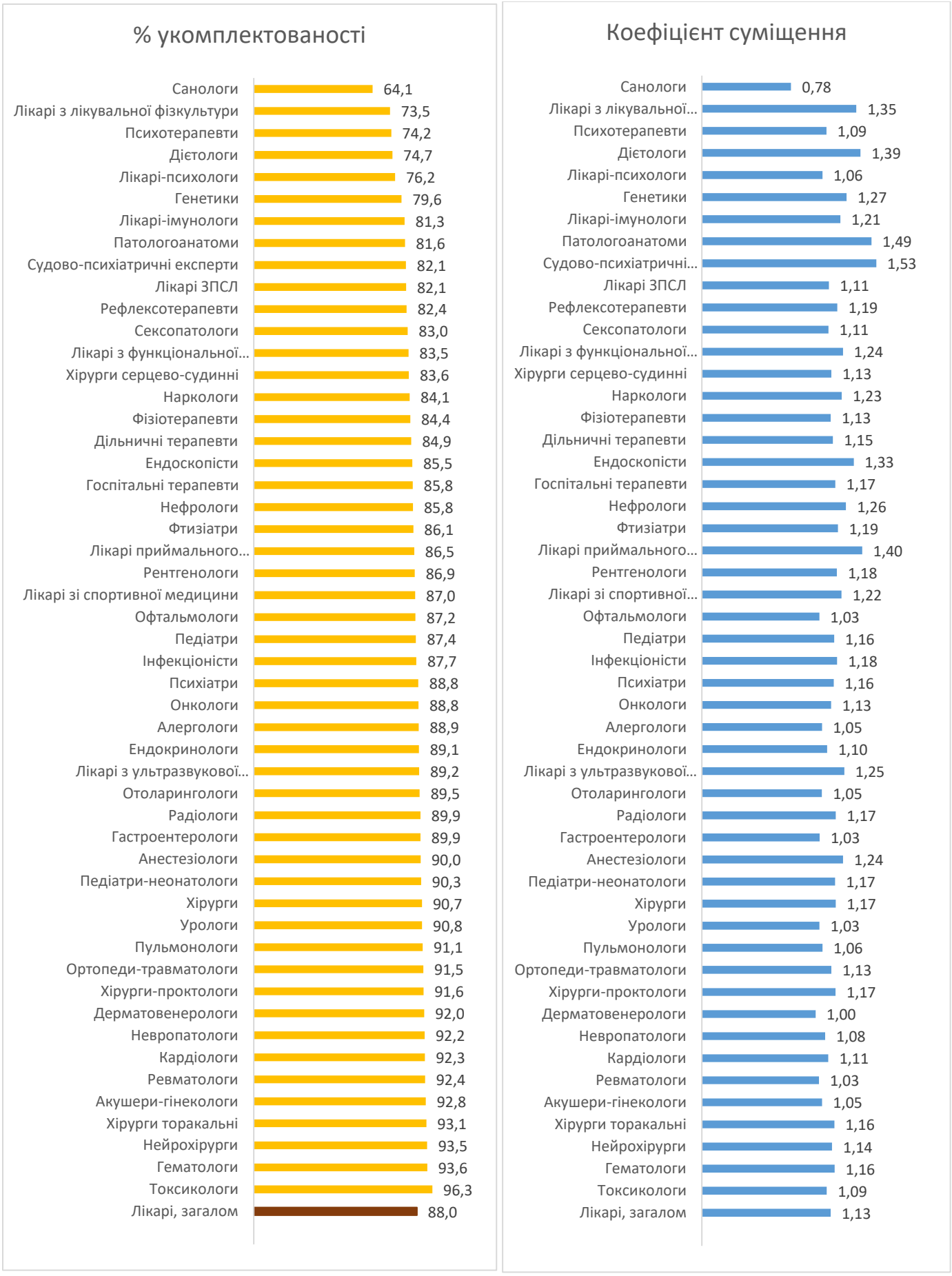


Рисунок 27. Частка укомплектованих посад лікарів та коефіцієнт суміщення за спеціальностями, 2018 р.

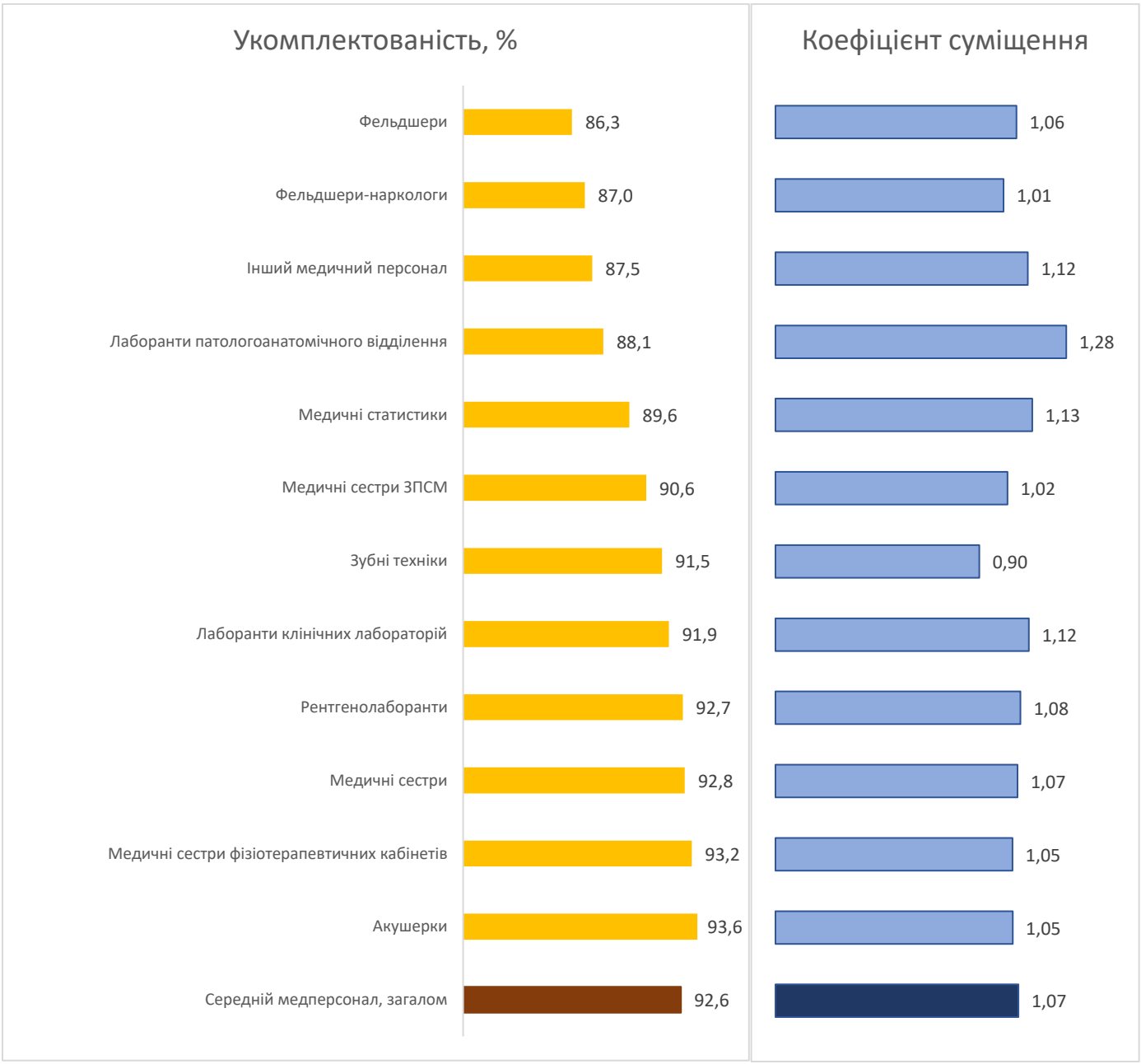


Рисунок 28. Частка укомплектованих посад середнього медичного персоналу та коефіцієнт суміщення за спеціальностями, 2018 р.

Висновки до розділу

- Укомплектованість лікарів є нижчою порівняно з середнім медичним персоналом (88% проти 92.6%).
- Є обернений зв'язок між рівнем укомплектованості та коефіцієнтом суміщення посад як у регіональному вимірі, так і за спеціальністю. Це свідчить про те, що проблема неукомплектованості посад вирішується внутрішнім сумісництвом.

Кадровий резерв

Лікарі

У 2013–2014 рр. кількість вступників на перший курс медичних університетів та академій суттєво знизилась (темп приросту: -20%): вступна кампанія припала на окупацію Криму та частини Донбасу і початок бойових дій, що поставило кримські, донецькі та луганські медичні заклади вищої освіти у складне становище (**Табл. 3**). У 2015 р. набув чинності Закон України від 14.05.2015 № 425-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо державної підтримки учасників бойових дій та їхніх дітей, дітей, один із батьків яких загинув у районі проведення антитерористичних операцій, бойових дій чи збройних конфліктів або під час масових акцій громадянського протесту, дітей, зареєстрованих як внутрішньо переміщені особи, для здобуття професійно-технічної та вищої освіти», відповідно до якого впроваджувалася додаткова підтримка для здобуття вищої освіти. За результатами вступної кампанії 2015 р. кількість вступників до медичних університетів та академій збільшилася на 10% проти попереднього року. Впродовж 2015–2017 рр. кількість вступників у середньому щорічно зменшувалася на 3%. Станом на 2017 р. більш як половина студентів спеціальності «Медицина» навчається за кошти бюджету (59% – бюджет, 41% – контракт), а студенти спеціальності «Стоматологія» майже повністю навчаються за контрактом, тобто самостійно оплачують навчання (3% – бюджет, 97% – контракт).

В ЄС щільність випускників медичних закладів вищої освіти у 2013 р. становила 1.1 на 10 тис. населення[9]. В Україні цей показник майже удвічі більший і суттєво не змінюється (**Рис. 29**). У 2017 р. щільність випускників медичних закладів вищої освіти становила 2.4 на 10 тис. населення, а щільність випускників спеціальності «Медицина» – 1.22 на 10 тис. населення.

Таблиця 3. Кількість вступників на І курс медичних закладів вищої освіти, 2013–2017 рр., осіб

Спеціальність	2013	2014	2015	2016	2017
Медицина*	7 982	6 680	7 443	6 912	7 194
Медична психологія	112	58	63	47	64
Стоматологія	2 242	1 673	1 652	1 678	1 634
Фармація	3 927	2 979	3 411	3 616	3 267
Клінічна фармація	153	142	78	-	-
Інші спеціальності	266	167	171	-	-
Ерготерапія	-	-	-	-	23
Загалом	**14 682**	**11 699**	**12 818**	**12 253**	**12 159**

** Спеціальність «Медицина» з 2016 р., до 2016 р. – сума вступників на спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа».*

[9] World Health Organization (2017). Core Health Indicators in the WHO European Region 2015. Special focus: Human resources for health. Copenhagen, Denmark.

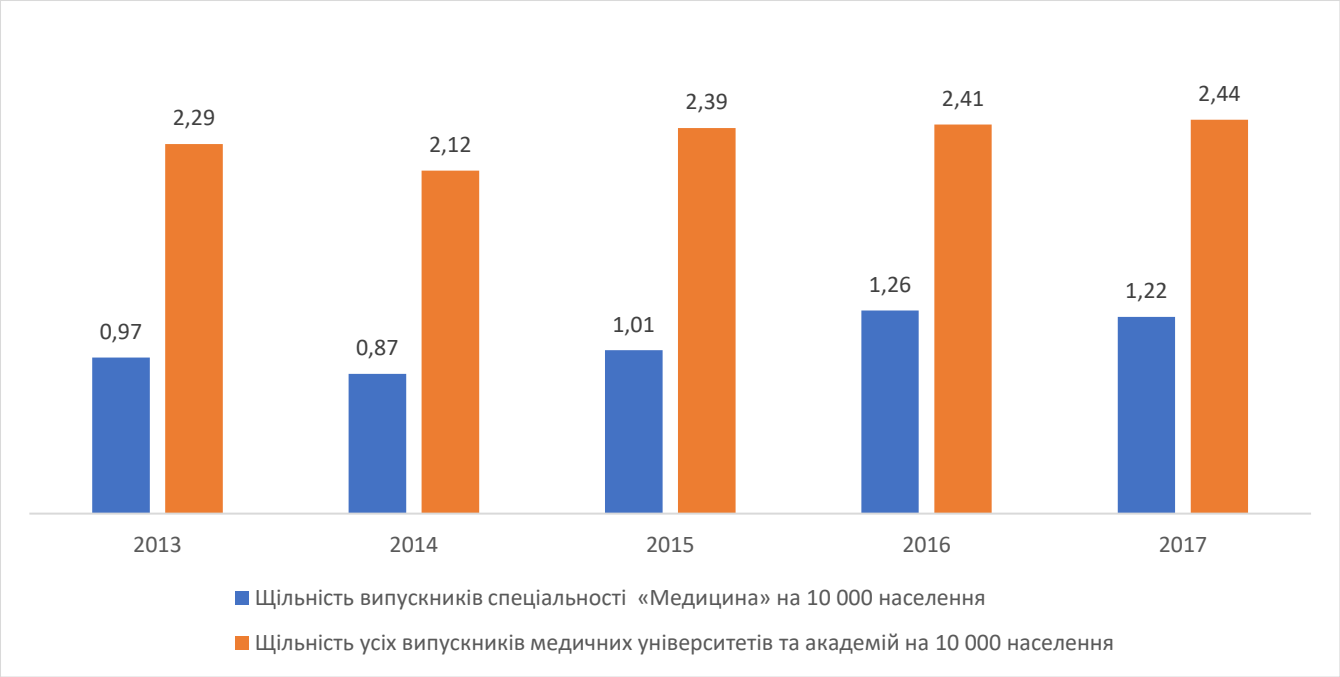


Рисунок 29. Щільність випускників спеціальності «Медицина» та всіх випускників медичних університетів та академій в Україні, 2013–2017 рр., на 10 тис. населення

Співвідношення лікарів-пенсіонерів, вступників та випускників у 2013–2017 рр. залишалося майже незмінним: на одного вступника припадало приблизно три лікарі пенсійного віку, а на одного випускника – чотири лікарі пенсійного віку.

Упродовж 2008–2018 рр. відмічається стрімке (у п'ять разів) зростання кількості запитів та звернень лікарів до медичних університетів/академій і закладів післядипломної освіти для підтвердження документів про освіту, що опосередковано свідчить про зростання кількості лікарів з наміром емігрувати за межі України (**Рис. 30**). Упродовж десяти років було здійснено 8 806 звернень до таких закладів. Найбільше запитів та звернень було до Запорізького державного медичного університету (1 331), Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (1 206) і Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (2 221).

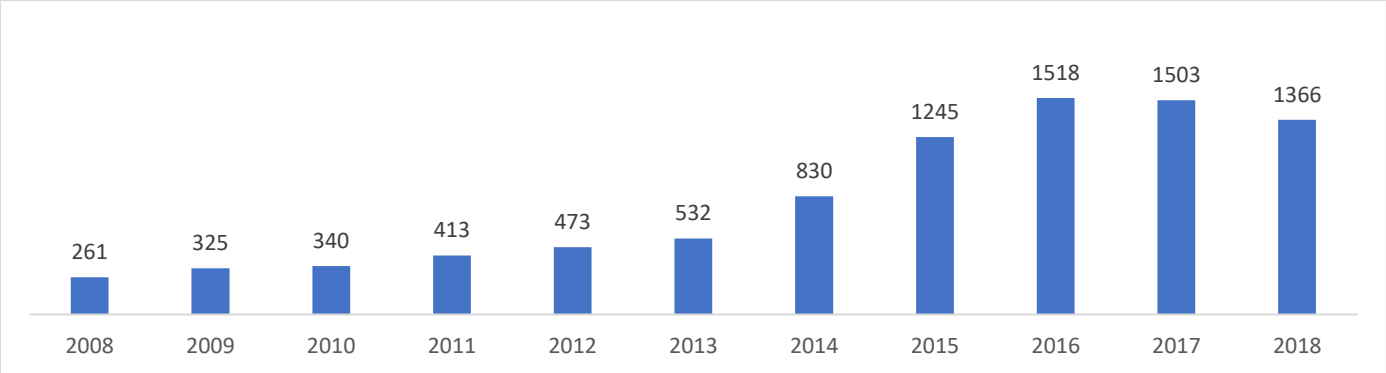


Рисунок 30. Кількість звернень та запитів для підтвердження документів про освіту до медичних університетів/академій і закладів післядипломної освіти, 2008–2018 рр.

Медичні сестри

У 2015–2018 рр. щільність вступників на спеціальність «Медсестринство» рівня молодшого спеціаліста, яка включає програми підготовки медичних сестер, фельдшерів та акушерок, щороку скорочувалася: з 3.70 до 2.64 на 10 тис. населення (**Рис. 31**). У 2018 р. на одного вступника на спеціальність «Медсестринство» припадало 3.6 працюючого пенсіонера з числа середнього медичного персоналу. Зіставлення даних Центру тестування при МОЗ про випуск

медсестер та інформації про вступ студентів на навчання свідчить, що упродовж навчання з медичних коледжів відраховується близько 10% студентів, які навчаються за кошти регіонального бюджету, та близько 15–20% тих, хто навчається за власні кошти.

Рисунок 31. Щільність вступників на спеціальність «Медсестринство» рівня молодшого спеціаліста (медичні сестри, фельдшери та акушерки), а також окремо медичних сестер, 2015–2018 рр., на 10 тис. населення

Висновки до розділу

- Кадровий резерв студентів спеціальностей «Медицина» та «Медсестринство» є недостатнім, щоб замінити медичний персонал пенсійного віку. На одного вступника медичних університетів та академій припадає приблизно три лікарі пенсійного віку, а на одного вступника на спеціальність «Медсестринство» – чотири працюючі пенсіонери з числа середнього медичного персоналу.
- У 2015–2018 рр. щільність вступників на спеціальність «Медсестринство», яка включає програми підготовки медичних сестер, фельдшерів та акушерок, щороку скорочувалася. Серед студентів-лікарів така тенденція відсутня. Проте зростає кількість запитів до медичних університетів/академій і закладів післядипломної освіти для підтвердження документів про освіту, що опосередковано свідчить про наміри емігрувати за кордон.

Відповідність характеристик КРОЗ потребам населення

Відповідність тягарю захворюваності

Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року (або Цілі сталого розвитку) визначає ціль «Забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку» шляхом загального, універсального охоплення послугами охорони здоров'я[10]. В аспекті розуміння ролі кадрового потенціалу для забезпечення універсального доступу до охорони здоров'я ВООЗ рекомендує орієнтуватися на дефіцит між потребою в медичних працівниках та їх наявністю[11]. Формування ринку праці в охороні здоров'я має починатися саме з потреб населення, а не попиту чи пропозиції, для запобігання невідповідності кількості та структури медичних кадрів.

[10] Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року / Резолюція, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 25 вересня 2015 року.
[11] WHO (2016). Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals. Background paper No. 1 to the Global Strategy on Human Resources for Health. Retrieved from: http://www.who.int/about/licensing/.

В Україні національна оцінка потреб у лікарях та медичних сестрах не здійснювалася. Окремі приклади демонструють невідповідність структури КРОЗ попиту й потребам населення. Так, низка регіонів має велику чисельність акушерів-гінекологів, проте низьку кількість пологів. В Україні середня кількість пологів на одну посаду лікаря-акушера-гінеколога становить 66.6 за рік (для порівняння: в США – близько 100 за рік[12]) (**Рис. 32**).

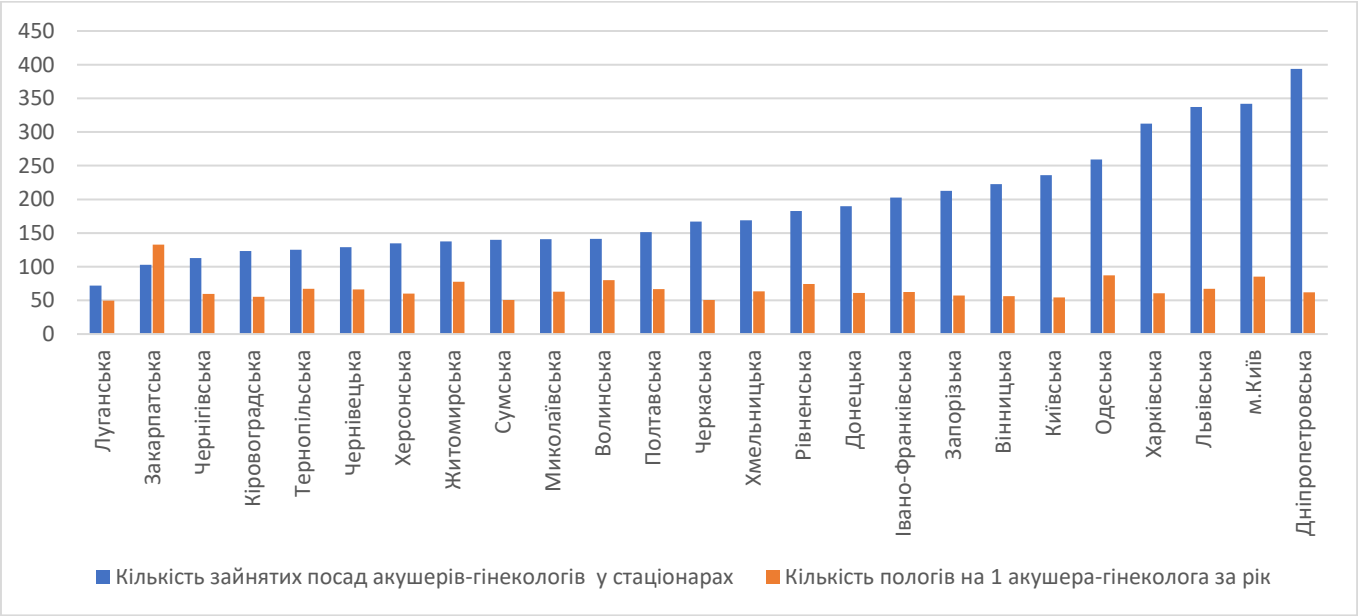


Рисунок 32. Кількість посад акушерів-гінекологів у стаціонарах та пологів на одного акушера-гінеколога за рік, за регіонами, 2018 р.

За даними профайлу України за 2017 р. у звіті «Глобальний тягар захворюваності», фактична тривалість життя чоловіків та жінок менша за очікувану на 7,3 та 1,8 року відповідно. Основними причинами смерті є неінфекційні захворювання (ішемічна хвороба серця та інсульти, хвороба Альцгеймера, цироз печінки, різні онкологічні захворювання), на другому місці – зовнішні причини (самогубства, смертність на дорогах), на третьому – інфекційні захворювання (захворювання нижніх дихальних шляхів, захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, туберкульоз). Показник DALY (Disability Adjusted Life Years – роки життя, скориговані на інвалідність)[13] у 2017 р. частково повторював картину показника смертності, але демонстрував інші пропорції між захворюваннями, що свідчить про нові фактори ризику втрати працездатності та життя (**Рис. 33**).

[12] DOXIMITY (2018). OB-GYN Workforce Study. Retrieved from: https://s3.amazonaws.com/s3.doximity.com/press/OB-GYN_Workload_and_Potential_Shortages_2018.pdf

[13] Показник DALY (Disability Adjusted Life Years), або роки життя, скориговані з урахуванням непрацездатності, є показником громадського здоров'я, який характеризує тягар захворювань. Цей показник відображає кількість потенційних років життя, втрачених через передчасну смерть і непрацездатність, отже, смертність і захворюваність мають однакові одиниці виміру.

Основні причини передчасної смерті	Основні причини непрацездатності/ інвалідності	Основні фактори ризику смертності та інвалідності
• **Серцево-судинні захворювання** (ішемічна хвороба серця, інсульти, кардіоміопатія) • **Хвороби печінки** (цироз) • **Психічні розлади** (самопошкодження, хвороба Альцгеймера) • **Рак легень** (онкологія) • **Зловживання алкоголем** (хвороби печінки, психічні розлади, травмування) • **Травмування** (смерть внаслідок дорожнього випадку) • **Хвороби дихальних шляхів** (інфекції, пневмонії)	• Біль у поясниці • Головний біль • Травмування внаслідок падінь • Депресія • Діабет • Втрата слуху • Інсульт • Зловживання алкоголем • Неонатальні хвороби • Хвороби ротової порожнини	• **Поведінкові ризики:** • Обмеження дієти • Тютюнопаління • Зловживання алкоголем • Низька фізична активність • **Ризики метаболічного процесу:** • Високий кров'яний тиск • Холестерин • Високий індекс маси тіла • Високий рівень глюкози в крові • Порушення функції нирок • **Ризики зовнішнього середовища:** • Забруднення повітря

Рисунок 33. Основні причини передчасної смерті, непрацездатності та фактори ризику в Україні, 2017 р.

Джерело: «Глобальний тягар захворюваності», 2017 р.

Отже, основний тягар захворювань в Україні пов'язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками, які, у свою чергу, спричиняють ризики метаболічного процесу. Також звертає на себе увагу значна частка причин, пов'язаних із психічним здоров'ям. Така структура тягаря захворюваності зумовлює необхідність розширення функцій первинного рівня медичної допомоги та збільшення частки КРОЗ первинної ланки у загальній структурі медичної допомоги. Натомість практика, що склалася в Україні, являє собою перевернуту піраміду, де максимальна кількість ресурсів зосереджена на рівні спеціалізованої допомоги, коли пацієнт, «минаючи» сімейного лікаря, «направляє» сам себе до вузькопрофільного спеціаліста (**Рис. 34**)[14].

[14] Реалізація програми медичних гарантій з 2020 року. НСЗУ, 2019.

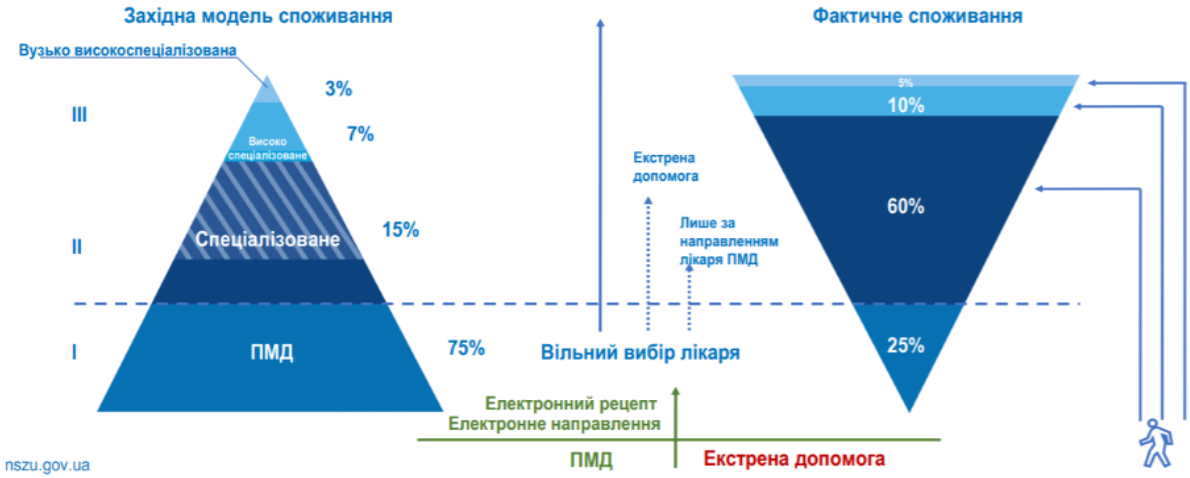


Рисунок 34. Частка медичних послуг, яку отримує населення на різних рівнях медичної допомоги: західна модель та ситуація в Україні, за даними НСЗУ, %

Відповідно до реформи первинної ланки в Україні, лікар загальної практики – сімейний лікар має виконувати широкий спектр завдань як на рівні окремого пацієнта, так і на рівні громади. У рамках реформування інших сфер охорони здоров'я (таких як екстрена допомога, неінфекційні захворювання, психічне та громадське здоров'я) також передбачено низку завдань, які мають виконуватися на первинному рівні (**Табл. 4**). Але для реалізації цих функцій слід провести планування кількості необхідних кадрових ресурсів (лікарів та медичних сестер ЗПСМ), відповідності їх рівня знань та кваліфікації, а також достатнього обсягу ресурсів для виконання поставлених завдань.

Таблиця 4. Функціональні обов'язки, які покладаються на лікарів ЗПСЛ відповідно до національних концепцій/стратегій у різних сферах охорони здоров'я

	На рівні пацієнта	**На рівні громади**	**Організаційно-координаційна діяльність**
Основні завдання[15]	Надання первинної допомоги, невідкладної допомоги, ведення випадків з кількома захворюваннями Оцінка потреб та соціальних обставин пацієнта Організація безперервної медичної допомоги	Оцінка епідемічних ризиків Просвіта щодо здоров'я, пропагування здорового способу життя Організація щеплень	Координація допомоги з іншими рівнями та видами Участь в організації медико-соціальної та психологічної допомоги
Громадське здоров'я[16]	Розширення повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я – від профілактичних до паліативних	Аналіз стану здоров'я населення Масова профілактика захворювань Участь у санітарно-просвітницькій роботі Навчання з питань здорового способу життя	Координація та проведення спільних заходів

[15] Зарічкова М.В., Соловйов О.С., Григорук Ю.М. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (зміни та доповнення). Випуск 78. Охорона здоров'я. 2015.
[16] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80.

	На рівні пацієнта	На рівні громади	Організаційно-координаційна діяльність
Неінфекційні захворювання[17]	Оцінка індивідуального ризику неінфекційних захворювань, клінічні обстеження Виявлення факторів ризику системи кровообігу (SCORE), цукрового діабету		Просвіта щодо неінфекційних захворювань
Психічне здоров'я[18]	Оцінка психічного здоров'я Надання допомоги		
Екстрена допомога[19]	Ефективне реагування на виклики, які не потребують екстреної допомоги		Взаємодія зі службою екстреної допомоги

Висновки

- В Україні не здійснювалася національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема лікарів та медичних сестер. Це ускладнює планування КРОЗ.
- Тягар захворюваності в країні пов'язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками; це зумовлює необхідність збільшення кількості лікарів та медичних сестер первинного рівня медичної допомоги та розширення їхніх функцій. Наразі максимальна кількість ресурсів зосереджена на рівні спеціалізованої допомоги.
- Розширення ролі первинної ланки медичної допомоги відповідає національній реформі первинної ланки в Україні. Крім того, національні концепції щодо екстреної допомоги, неінфекційних захворювань, психічного та громадського здоров'я покладають низку додаткових функціональних обов'язків на лікарів ЗПСЛ, проте рівень відповідності їхніх знань та кваліфікації для виконання таких функціональних обов'язків, а також доступні ресурси не визначено.

Рівень задоволеності населення медичною допомогою та кадрами

Оцінка якості медичних послуг населенням в Україні є найнижчою серед країн Центральної та Східної Європи[20]. За результатами дослідження Соціологічної групи «Рейтинг» у 2016 р., лише 24% опитаних добре оцінили якість медичного обслуговування у бюджетному секторі[21]. Тільки 27% населення зазначили, що звернулися б до бюджетного ЗОЗ, якщо не зважати на гроші[22]. Водночас, у 2019 р. кожний п'ятий вважає, що якість державних медичних послуг в Україні впродовж останніх двох років покращилася (у 2016 р. таких було близько 10%)[23]. Роботу лікарів оцінюють значно краще, ніж стан медицини загалом. У 2015–2018 рр. задоволеність лікарями первинної ланки коливалася від 64% до 76%; вузькопрофільними спеціалістами – від 42% до 66%[24-25]. Задоволеність населення послугами приватних медичних закладів є

[17] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 № 530-р «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80.
[18] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80.
[19] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 № 383-р «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-%D1%80.
[20] Stepurko, T., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC health services research*, 16(1), 342.
[21] Соціологічна група «Рейтинг». Стан медичної сфери в Україні. Жовтень 2016. URL: http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_report_healthcare_102016.pdf.
[22] Там само.
[23] Там само.
[24] Соціологічна група «Рейтинг». Думки українців щодо медицини. Червень 2015. URL: http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/healthcare_report_072015.pdf.
[25] Індекс здоров'я. Україна-2018. Результати загальнонаціонального дослідження / Укл. Степурко Т.Г. та ін. Київ, 2018.

значно вищою: серед тих, хто впродовж минулого року відвідував приватний медичний заклад, майже 90% оцінили роботу лікарів як добру[26].

Ще до початку кампанії з підписання декларацій задоволеність сімейним лікарем була вищою, ніж іншим медичним персоналом. Станом на травень 2019 р. чотири з п'яти мешканців України підписали декларацію з сімейним лікарем, близько 70% задоволені своїм вибором (**Рис. 35**)[27]. Третина пацієнтів, які обрали свого сімейного лікаря та підписали з ним декларацію, відмічали, що лікар був уважнішим та чемнішим; приблизно кожен п'ятий відмітив, що стало простіше записатися та потрапити до лікаря[28].

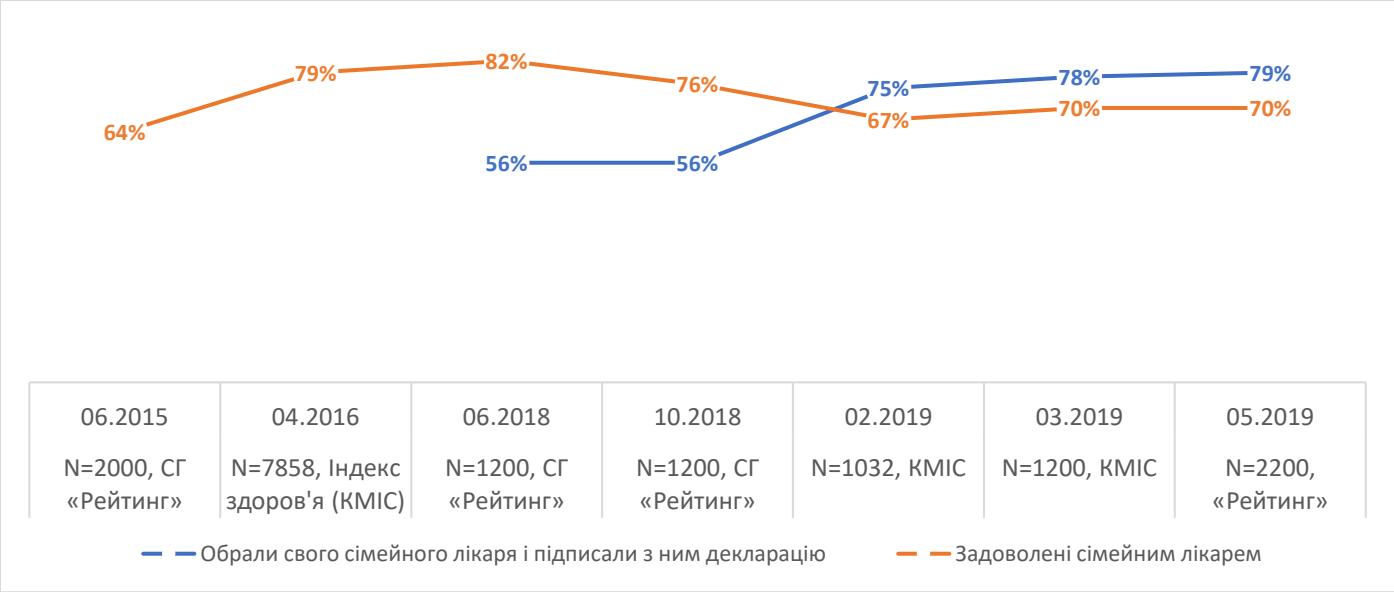


Рисунок 35. Динаміка рівня задоволеності сімейним лікарем в Україні, 2015–2019 рр., за даними національних досліджень[29]

Існують відмінності в рівні задоволеності медичною допомогою та КРОЗ за регіонами (**Рис. 36**).[30] Загалом населення Волинської, Житомирської, Львівської, Харківської та Херсонської областей найбільш задоволене своїми сімейними лікарями (рівень задоволеності – понад 80%) та вузькопрофільними спеціалістами (рівень задоволеності – понад 75%). Найменш задоволеними є мешканці Сумської, Кіровоградської та Запорізької областей, де половина чи більше населення не задоволена лікарями первинної ланки та спеціалізованої допомоги.

[26] Соціологічна група «Рейтинг». Стан медичної сфери в Україні. Жовтень 2016. URL: http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_report_healthcare_102016.pdf.
[27] Соціологічна група «Рейтинг». Оцінка медичної сфери в Україні. Травень 2019. URL: http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_report_healthcare_052019_press.pdf.
[28] Там само.
[29] Дослідження Соціологічної групи «Рейтинг», Київського міжнародного інституту соціології (КМІС), а також дослідження «Індекс здоров'я», проведеного КМІС разом з БФ «Відродження». Кампанія з підписання декларації з сімейним лікарем стартувала у квітні 2018 р.
[30] Індекс здоров'я. Україна-2018. Результати загальнонаціонального дослідження / Укл. Степурко Т.Г. та ін. Київ, 2018.

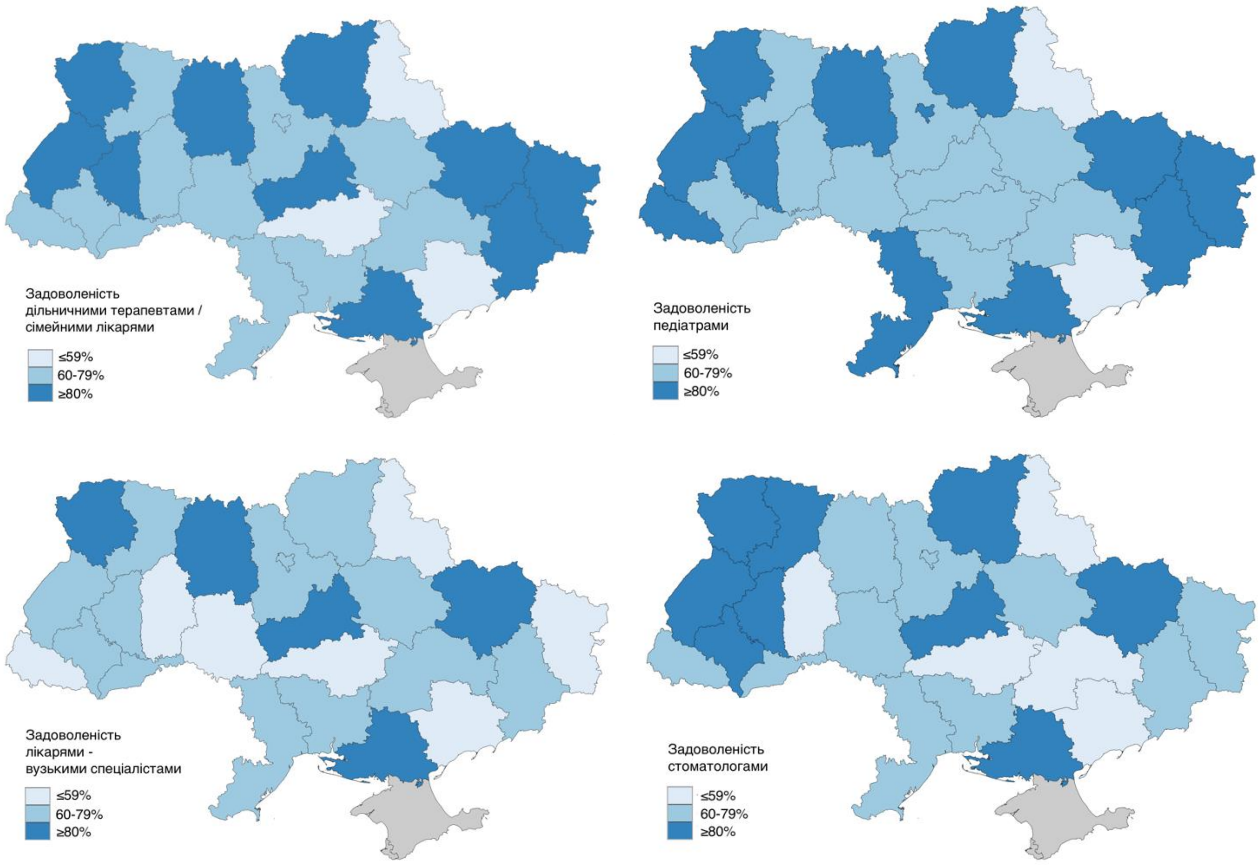


Рисунок 36. Регіональні відмінності у рівні задоволеності різними групами медичних працівників та медичної допомоги, 2018 р., %

Джерело: Індекс здоров'я. Україна-2018.

І в амбулаторній, і у стаціонарній допомозі основні аспекти незадоволеності – це переважно проблеми інфраструктури, а не медичного персоналу. За даними дослідження «Індекс здоров'я» у 2018 р.[31], 44% опитаних погано оцінили можливість безоплатного отримання необхідного діагностичного обстеження в амбулаторних умовах; щодо стаціонарної допомоги, то 66% пацієнтів погано оцінили забезпеченість ліками, а 44% – якість харчування. Тільки 5% погано оцінили чемність лікарів під час отримання амбулаторних послуг, 8% опитаних вважали незрозумілими лікарські пояснення. Під час перебування у стаціонарі недоброзичливе ставлення лікарів та медичних сестер відмітили 8% та 9% пацієнтів відповідно. Водночас, майже кожен п'ятий (19%) погано оцінив дотримання медичним персоналом гігієни огляду та процедур під час надання амбулаторних послуг. Дуже низький рівень довіри до професійної компетентності медперсоналу. За даними Київського міжнародного інституту соціології, у 2019 р. тільки близько половини населення (51%) впевнені у професіоналізмі та компетентності працівників медичних закладів, 61% – у професіоналізмі працівників швидкої допомоги та 66.5% – у професіоналізмі працівників аптек[32].

Висновки до розділу

- Якість медичної допомоги оцінюється гірше, ніж задоволеність медичним персоналом. І в амбулаторній, і у стаціонарній допомозі основні аспекти незадоволеності – це переважно проблеми інфраструктури, а не медичного

[31] Індекс здоров'я. Україна-2018. Результати загальнонаціонального дослідження / Укл. Степурко Т.Г. та ін. Київ, 2018.
[32] КМІС. Думки і погляди населення України щодо охорони здоров'я та інших питань. Березень 2019. URL: https://www.kiis.com.ua/materials/pr/20182706_health/Healthcare_2019/Report_Healthcare_March2019_fin.pdf.

персоналу. Водночас існує дуже низький рівень довіри населення до професійної компетентності медперсоналу.

- У 2019 р. вперше за останні п'ять років зростає рівень задоволеності державними медичними послугами. Кожен п'ятий вважає, що якість державних медичних послуг в Україні впродовж останніх двох років покращилася; раніше таку думку висловлював кожен десятий.
- Рівень задоволеності медичними кадрами суттєво відрізняється за регіонами і спеціальностями. Проте у всіх регіонах задоволеність сімейними лікарями є вищою, ніж вузькопрофільними спеціалістами.

Залучення соціальних працівників до роботи в ЗОЗ

За даними багатьох досліджень, соціально-економічні чинники є вагомими детермінантами здоров'я і можуть мати більше значення, ніж чинники, пов'язані зі способом життя, медичним обслуговуванням та навколишнім середовищем[33]. Соціальні працівники є тим кадровим ресурсом, до якого можна адресувати «соціальний бік хвороби». У різних країнах вони присутні у всіх закладах континууму надання медичної допомоги, включаючи профілактику та громадське здоров'я, первинну ланку, невідкладну допомогу, спеціалізований догляд, реабілітацію, догляд удома, тривале лікування та хосписи. У світовій практиці соціальні працівники є частиною мультидисциплінарних команд. Працюючи з лікарями, медсестрами та іншими суміжними медичними працівниками, вони відповідають за соціальні та емоційні аспекти, які можуть мати вплив на стан здоров'я пацієнта.

Зараз в Україні, в період реформування охорони здоров'я та соціальних послуг, з'явилась унікальна можливість реалізувати структурні зміни, зокрема розширити участь соціальних працівників. Разом з тим, у новому Законі України «Про соціальні послуги» (2019 р.)[34] повністю відсутні поняття медико-соціальної або клінічної соціальної роботи. Водночас, окремі послуги, визначені в Законі як соціальні, можуть вважатися соціально-медичними послугами. Наприклад, послуги, які стосуються роботи з хворими, або профілактичні послуги. Відповідно до Закону, цільові групи отримувачів соціальних послуг включають осіб похилого віку, осіб з частковою або повною втратою рухової активності, пам'яті, осіб з невиліковними хворобами чи хворобами, що потребують тривалого лікування, осіб з психічними та поведінковими розладами, в тому числі внаслідок уживання психоактивних речовин, осіб з інвалідністю тощо. Цікаво, що в попередньому Законі «Про соціальні послуги» (від 2003 р.)[35] поняття соціально-медичних послуг було визначено як «консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, працетерапія». Таке визначення також не відображає сучасного трактування медико-соціальної роботи і можливої ролі соціального працівника в ЗОЗ.

Соціальна робота в українських ЗОЗ може мати такі форми: запровадження посад соціальних працівників у штаті медичного закладу; офіційна співпраця між ЗОЗ та державною установою, яка надає соціальні послуги; офіційна співпраця між ЗОЗ та громадською організацією, яка надає соціальні послуги; епізодичні соціальні інтервенції[36]. Залучення соціальних працівників здебільшого відбувається у сферах протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу,

[33] Booske, B.C., Athens, J.K., Kindig, D.A., Park, H., & Remington, P.L. (2010). Different perspectives for assigning weights to determinants of health. University of Wisconsin: Population Health Institute.
[34] Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII «Про соціальні послуги». Вводиться в дію з 01.01.2020. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19.
[35] Закон України від 19.06.2003 № 966-IV «Про соціальні послуги». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15.
[36] Семигіна Т. Чи така вже нездійсненна соціальна робота в охороні здоров'я України? // Здоров'я та суспільні виміри в академічному просторі та поза ним: М-ли міжнар. конф. (6 жовтня 2017 р.). Вінниця, 2017. С. 28–29.

наркології, паліативного догляду та психічного здоров'я. Частина закладів, які перебувають у підпорядкуванні Міністерства соціальної політики України, як-от психоневрологічні інтернати, геріатричні заклади тощо, є за своєю суттю медичними закладами, що забезпечують клієнтам постійне перебування і забезпечення їхніх соціально-психологічних потреб. Проте в цих закладах переважно немає посад соціальних працівників і не використовуються методи сучасної соціальної роботи[37].

> *«Хотілось б сподіватись, що в ЗОЗ усвідомлять, що соціальні працівники не конкуренти лікарям чи медсестрам, а що вони мають перебрати на себе не властиві медичним працівникам функції, що вони мають сприяти зменшенню дії соціальних чинників, які заважають ефективним лікувальним інтервенціям».*
>
> (Експерт із соціальних послуг)

> *«Всі ми знаємо знаменитий наказ МОЗ, який встановлював штатні розписи [наказ від 23.02.2000 № 33, втратив чинність у 2016 р.]. І цим наказом посади соціальних працівників передбачались на дуже вузьких ділянках. Навіть це не зобов'язувало головних лікарів наймати на ці посади тих, хто мав освіту соціальної роботи. Бувало, на посади соціальних працівників наймали водіїв, документаторів тощо».*
>
> (Експерт із соціальних послуг)

Разом з тим, експерти повідомляють про успішні приклади впровадження посади або функцій соціального працівника в окремих ЗОЗ та про спроби системно вирішувати питання соціальних інтервенцій у медичних закладах, зокрема за рахунок закупівлі соціальних послуг центрами громадського здоров'я. Останнє планується реалізувати у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Постановою Кабінету Міністрів України від 12.06.2019 № 497[38] передбачено закупівлю за бюджетні кошти послуг профілактики інфікування ВІЛ, включаючи консультування та інформування, правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ, а також послуги догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ, зокрема формування прихильності до лікування та утримання під медичним наглядом, залучення партнерів до медичних послуг. Надавачами таких послуг можуть бути ЗОЗ або ФОП, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також громадські та благодійні організації, що більше двох років працюють у сфері протидії поширенню ВІЛ-інфекції. Самі послуги можуть надаватись поза межами медичного закладу. Тендерною документацією цих закупівель визначено, що до надання послуг повинен залучатись принаймні один соціальний працівник (освітньо-кваліфікаційний рівень вищої освіти) і два соціальні робітники (що мають документально підтверджену формальну чи інформальну освіту у сфері предмета закупівлі). Згідно з попереднім досвідом аналогічних закупівель у пілотних проектах, через обмежену кількість надавачів послуг вимоги до тендерних процедур часто не виконуються і закупівля не відбувається вчасно.

Крім того, варто згадати про досвід фінансування посад соціальних працівників центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦССССДМ) за рахунок державного бюджету. Ця практика виявилась нежиттєздатною, і через рік після її впровадження фінансування посад соціальних працівників було передано на регіональний рівень, внаслідок чого штат державних соціальних працівників у 2014 р. скоротився на 12 тис. осіб[39], оскільки на регіональному рівні не було чіткого розуміння їхньої ролі та необхідності.

На думку експертів, низький рівень залучення соціальних працівників до сфери охорони здоров'я в Україні пов'язаний з такими чинниками:

---

[37] Там само.

[38] Постанова Кабінету Міністрів України від 12.06.2019 № 497 «Деякі питання надання послуг представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та людям, які живуть з ВІЛ». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/497-2019-%D0%BF.

[39] УНІАН, 9 квітня 2014 р. URL: https://www.unian.ua/health/country/905871-v-ukrajini-skorochuyut-12-tisyach-sotspratsivnikiv-krizovi-rodini-lishatsya-bez-dopomogi.html.

- Відомча розрізненість служб охорони здоров'я та соціальної роботи. ЗОЗ перебувають у сфері управління МОЗ, а діяльність соціальних працівників традиційно належить до сфери Міністерства соціальної політики України. Наявні стандарти соціальних послуг не розраховані на застосування в ЗОЗ. Так, державний класифікатор професій містить такий опис професій із соціальної роботи, які стосуються тільки сфери соціального захисту, їх важко використати у сфері охорони здоров'я (*«Я ніколи не стикалась із соціальною службою. Я мало маю уявлення про їхню діяльність і якість їхніх послуг»*, – головний лікар приватної клініки).
- Нерозуміння лікарями ролі соціальних працівників у медичних закладах (*«Дуже часто я стикаюсь з таким розумінням, що соціальний працівник – це якийсь фахівець, який вищий прибиральниці, а нижчий медичної сестри, тобто той, хто може взяти на себе догляд за тілом»,* – експерт із соціальних послуг).
- Відсутність навичок роботи в мультидисциплінарній команді з боку фахівців охорони здоров'я.
- Відсутність попиту на соціальних працівників у системі охорони здоров'я (*«Мені говорили, ви будете виконувати функції соціального працівника, але рахуватись будете як педагог, бо ставка педагога є»*, – експерт із соціальних послуг).
- Низький рівень престижу та оплати праці соціальних працівників.
- Стала ієрархія взаємовідносин у системі охорони здоров'я, конкуренція між медичними та соціальними працівниками *(«Медичні спеціалісти можуть ставити під сумнів допомогу цих спеціалістів»,* – головний лікар приватної клініки).
- Відсутність у соціальних працівників необхідної кваліфікації.

Сфера практики в медичній соціальній роботі включає такі види діяльності[40]:
- Психосоціальна оцінка пацієнтів, включаючи сім'ї, опікунів та інших.
- Консультування й терапевтичні втручання, пов'язані з пристосуванням до госпіталізації, адаптацією до діагнозу, зміною ролей, емоційних та соціальних реакцій на хворобу та лікування, втратою та переживанням горя; реагуванням на хронічний стан здоров'я, орієнтуванням у системі охорони здоров'я, отриманням травм через стихійні лиха тощо.
- Адвокація якісного догляду за невиліковно хворими особами та щодо змін на організаційному та системному рівнях.
- Ведення випадку (case-management) та робота з мультидисциплінарною командою, включаючи переадресацію до інших служб на основі потреб пацієнтів; забезпечення планування догляду після виписки зі стаціонарного закладу; інформування персоналу лікарні про психосоціальний контекст і потреби пацієнтів; координація співпраці всередині команди для забезпечення безперервності планування допомоги.
- Ресурсна освіта і практична допомога, включаючи мобілізацію ресурсів та підтримку для уразливих верств населення; інформування пацієнтів та членів сім'ї про систему допомоги, ролі команди охорони здоров'я, а також допомога пацієнтам та їхнім сім'ям у спілкуванні фахівцями охорони здоров'я (розуміння медичної інформації).
- Політика, розробка програм та дослідження: підтримка реалізації моделей догляду, орієнтованих на пацієнтів, у лікарнях та інших медичних закладах; розробка політик, оцінка програм з підвищення якості життя пацієнтів.
- Адміністративні функції, зокрема ведення записів, реєстрів, організація та планування повсякденної діяльності відділу, супервізія і консультування персоналу та волонтерів.

Функції соціальних працівників, які працюють у ЗОЗ України, варіюють і включають як власне соціальну роботу (супровід клієнта до інших ЗОЗ або немедичних установ у випадку переадресації), так і інші функції (участь в організації та проведенні процедур закупівлі товарів або розробка інформаційно-освітніх матеріалів). Попри існування окремих стандартів та

[40] Arul, P. & Carter, P.R. (2005). Scope of Social Work Profession in Medical Setting. *Research on Humanities and Social Sciences*, 7(17), 57–60.

протоколів, реальні ролі соціальних працівників багато в чому зумовлені баченням головних лікарів або іншого медичного персоналу.

Топ-10 функцій, які мають виконувати соціальні працівники, за словами експертів, включають: консультування щодо державних виплат та пільг; підтримку зв'язку з пацієнтом під час переходу від лікарні до громади; організацію груп взаємодопомоги для близьких клієнта; консультування жителів громади щодо профілактичних заходів; формування толерантного ставлення з боку громади; формування прихильності до довгострокового лікування; емоційне пристосування до хвороби; супервізію інших працівників медичного закладу; залучення жителів громади до вакцинації, регулярних оглядів та нагадування про прийом препаратів. На думку експертів, соціальні працівники та психологи необхідні у всіх сферах медичної допомоги, особливо в геріатрії, онкології та паліативній допомозі. Проте серед медичного персоналу рідко зустрічається розуміння ролі соціального працівника як члена мультидисциплінарної команди для забезпечення комплексного ведення випадку (оцінювання потреб, планування догляду, соціального супроводу, адвокації, поведінкових втручань тощо).

Слід зазначити, що в Україні є розбіжності у трактуванні ролі соціального працівника менеджерами охорони здоров'я та освітніми стандартами, з одного боку, та професійними стандартами – з іншого. Загалом освітніми стандартами бакалаврів та магістрів соціальної роботи[41] серед потенційних місць працевлаштування передбачено і ЗОЗ. Так само в освітньо-наукових програмах із соціальної роботи[42] різних закладів освіти в розділі придатності до працевлаштування вказано ЗОЗ. У проектах професійних стандартів спеціальностей «Соціальний працівник»[43] та «Соціальний робітник»[44] ЗОЗ не передбачено як потенційне місце працевлаштування. Тільки для категорії допоміжного персоналу соціальних працівників передбачено місце роботи в ЗОЗ із такими типовими посадами, як фахівець із фізичної реабілітації чи інспектор із соціальної допомоги[45]. Загалом програми підготовки бакалавра соціальної роботи спрямовані на формування фахівця загальної практики. Ці програми можуть фрагментарно включати дисципліни, зорієнтовані на питання збереження здоров'я населення. Для програм підготовки магістрів соціальної роботи більш характерні спеціалізація та акцент на роботі з різними групами клієнтів (з урахуванням їхніх вікових, статевих, соціальних, етнічних та інших особливостей), у тому числі з певними порушеннями здоров'я (особи, залежні від психоактивних речовин, з хронічними захворюваннями, психічними порушеннями, онкохворі, люди, які живуть з ВІЛ, тощо).

> *«Треба відкрити окрему спеціалізацію з клінічної соціальної роботи. Там має бути частина курсів, пов'язана з терапією і консультуванням. Як у медицині є протоколи, аналогічно мають бути протоколи для клінічних соціальних працівників, і їх треба вивчати».*
>
> (Експерт із соціальних послуг)

В Україні більшість програм підготовки майбутніх соціальних працівників мають фрагментарну зацікавленість питаннями збереження здоров'я населення, переважно пов'язані із психосоціальною підтримкою чи допомогою окремим категоріям клієнтів у складних життєвих обставинах у контексті здоров'я. Нинішня система освіти дає соціальним працівникам певну

---

[41] Наказ МОН України від 24.04.2019 № 556 «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 231 «Соціальна робота» для другого (магістерського) рівня вищої освіти». URL: https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/05/06/231-sotsialna-robota-magistr.pdf.

[42] Профіль освітньо-професійної програми зі спеціальності 231 «Соціальна робота» у Національному університеті «Києво-Могилянська академія». URL: https://www.ukma.edu.ua/ects/index.php/fsnst/187-2018-06-13-09-07-15/c/260-2018-11-01-10-30-04.

[43] Проект професійного стандарту «Соціальний працівник». URL: http://ipzn.org.ua/wp-content/uploads/2018/10/Sotsialnyj-pratsivnyk.pdf.

[44] Проект професійного стандарту «Соціальний робітник». URL: http://ipzn.org.ua/wp-content/uploads/2018/10/Sotsialnyj-robitnyk.pdf.

[45] Проект професійного стандарту «Соціальний працівник (допоміжний персонал)». URL: http://ipzn.org.ua/wp-content/uploads/2018/11/Standart-SP-dopomizhnyj-personal.pdf.

базу для роботи у сфері охорони здоров'я, наприклад, навички оцінки потреб і проблем, ведення випадку, роботи в мультидисциплінарній команді, але чи готові соціальні працівники після цього працювати в ЗОЗ – це питання залишається відкритим.

Висновки до розділу

- Залучення соціальних працівників до надання соціально-медичних послуг є обмеженим і відбувається переважно на спеціалізованому рівні медичної допомоги (сфери протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, наркології, паліативного догляду та психічного здоров'я).
- Ключові причини низького рівня залучення соціальних працівників до соціально-медичних послуг: основний нормативний документ щодо діяльності соціальних працівників (Закон України «Про соціальні послуги», 2019 р.) не визначає понять медико-соціальної або клінічної соціальної роботи; система переадресації між ЗОЗ та соціальними службами чи громадськими організаціями – надавачами соціальних послуг працює тільки в окремих сферах; відсутнє розуміння ролі та функціоналу соціальних працівників у ЗОЗ; освітні програми для соціальних працівників та соціальних робітників не мають спеціалізації з соціально-медичних послуг або клінічної соціальної роботи.

Освіта і професійний розвиток

Загальний контекст освітньої підготовки медичних працівників

Кваліфікаційною вимогою для працевлаштування на посади керівників, професіоналів, фахівців у закладах охорони здоров'я в Україні є вища медична освіта рівня магістра (раніше – спеціаліста), для окремих посад – медична освіта рівня бакалавра або молодшого спеціаліста. Підготовка медичного персоналу здійснюється за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Основними за кількістю студентів і важливістю для підготовки професіоналів, фахівців і середнього медичного персоналу спеціальностями цієї галузі є:

- 221 «Стоматологія»;
- 222 «Медицина»;
- 223 «Медсестринство»;
- 226 «Фармація, промислова фармація»;
- 228 «Педіатрія».

Особливостям підготовки медсестер за спеціальністю 223 присвячено розділ **«Навчання медичних сестер»**. Інші чотири спеціальності (221, 222, 226, 228) є програмами так званої «наскрізної магістратури», що означає, що на них вступають абітурієнти на основі повної загальної середньої освіти або медичної освіти рівня молодшого спеціаліста, і впродовж навчання вони не одержують диплома бакалавра. За спеціальністю 226 також існують програми підготовки бакалаврів, які згодом можуть вступити в магістратуру.

Тривалість навчання магістрів на основі повної загальної середньої освіти становить: за спеціальностями «Медицина» і «Педіатрія» – шість років; за спеціальностями «Стоматологія» і «Фармація, промислова фармація» – п'ять років. Для вступників на основі диплома молодшого спеціаліста медичної спеціальності вказана тривалість скорочується на один рік. Підготовка лікарів, педіатрів і стоматологів провадиться тільки за денною формою навчання.

Студенти медичних спеціальностей на третьому курсі складають ліцензований інтегрований іспит «Крок-1», а на останньому курсі — «Крок-2». Іспити «Крок» складаються вже близько 20 років, їх адміністрування здійснює Центр тестування при МОЗ України. У 2018 р. Уряд прийняв постанову, згідно з якою «атестація здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я» здійснюється у формі єдиного

державного кваліфікаційного іспиту». Іспити «Крок» стали однією зі складових частин ЄДКІ. Інші складові ЄДКІ, запроваджені з 2019 р.: складання студентами третього курсу спеціальностей «Медицина» і «Педіатрія» міжнародного іспиту з основ медицини (фундаментальні дисципліни); складання студентами третього курсу спеціальностей «Стоматологія», «Медицина», «Медична психологія», «Фармація, промислова фармація», «Педіатрія» іспиту з іноземної мови професійного спрямування. Вказаною постановою також передбачено складання студентами спеціальностей «Стоматологія», «Медицина» і «Педіатрія» останнього року навчання, окрім іспиту «Крок-2», міжнародного іспиту з основ медицини (клінічні дисципліни) та практичного (клінічного) іспиту; станом на 2019 р. це рішення не імплементовано.

Медична магістратура зазвичай не передбачає підготовки студентами магістерської дипломної роботи. Після закінчення магістратури лікарі, стоматологи, фармацевти мають пройти підготовку в медичній інтернатурі, яка залежно від спеціальності триває від одного до трьох років.

Основні тенденції та новації в додипломній підготовці лікарів в Україні за останні два-три роки:

- підвищення вимог до рівня підготовки абітурієнтів;
- підготовка до приведення освітніх програм у відповідність до міжнародних вимог;
- запровадження обов'язкового міжнародного іспиту з основ медицини для студентів-медиків;
- стрімке зростання кількості іноземних студентів, які здобувають медичну освіту в українських закладах вищої освіти (ЗВО);
- одержання ліцензій на право навчання лікарів непрофільними (як державними, так і приватними) ЗВО;
- створення нової спеціальності 229 «Громадське здоров'я» (у 2018 р. на бакалаврат за цією спеціальністю вступило 13 осіб, у магістратуру не вступив ніхто). Станом на червень 2019 р. ліцензії на право підготовки фахівців цієї спеціальності на рівнях бакалавра, магістра або доктора філософії одержали 14 закладів;
- можливість для закладів вищої освіти самостійно формувати навчальні програми з медичних спеціальностей (з 2018 р.);
- ухвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні (2019 р.), реалізація якої розрахована на десять років. Серед ключових заходів, передбачених Стратегією, варто назвати такі: розробка за участю міжнародних експертів нових стандартів підготовки лікарів на додипломному рівні; пріоритетний розвиток університетських клінік; підвищення вимог до вступників; підвищення рівня знання англійської мови викладачами; запуск нової моделі медичної інтернатури, запровадження лікарської резидентури; запровадження моделі фінансування медичної освіти, що базується на результатах діяльності; утвердження принципів академічної доброчесності; поліпшення якості наукових досліджень тощо.

Навчання лікарів

У сфері управління МОЗ перебувають 14 медичних університетів і академій, а також три післядипломні ЗВО[46]. Ці заклади забезпечують підготовку переважної більшості (залежно від спеціальності, 80–96%) осіб з вищою медичною освітою рівня магістра в Україні. Крім закладів МОЗ, медичну освіту надають медичні факультети окремих ЗВО у сфері управління МОН, а також кілька приватних ЗВО.

У контексті ризиків для якості освіти слід виділити здобуття медичної освіти в закладах, де на відповідній спеціальності навчається мала кількість студентів. Наприклад, у 2018 р. менше

[46] Довідник вищих навчальних закладів, які перебувають у сфері управління МОЗ України. URL: http://moz.gov.ua/vischi-navchalni-zakladi.

150 вступників (включно зі студентами-іноземцями) на спеціальність «Медицина» на основі повної загальної середньої освіти набрали такі ЗВО:

- Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини – 53 особи;
- Луганський державний медичний університет – 62 особи;
- Міжнародний гуманітарний університет – 24 особи (всі вступники – іноземці);
- Харківський інститут медицини та біомедичних наук приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет» – 45 осіб (усі вступники – іноземці);
- Херсонський державний університет – 3 особи;
- Черкаська медична академія – 10 осіб;
- Чорноморський національний університет імені Петра Могили – 138 осіб.

Крім того, ліцензії на право навчання лікарів отримують непрофільні ЗВО. Зокрема, у 2017 р. ліцензію на підготовку магістрів спеціальності «Медицина» отримала Черкаська медична академія – заклад, який до 2016 р. був коледжем та здійснював підготовку медичних сестер, фельдшерів і фармацевтів. У період з січня 2018 по травень 2019 рр. ліцензії на підготовку магістрів спеціальності «Медицина» отримали такі ЗВО:

- Київський міжнародний університет (приватний ЗВО);
- Міжнародний гуманітарний університет (приватний ЗВО);
- Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського;
- Харківський міжнародний медичний університет (приватний ЗВО);
- Херсонський державний університет;
- Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького.

На сьогодні ліцензійні умови провадження освітньої діяльності (постанова Кабінету Міністрів України від 30.12.2015 № 1187) не мають специфічних вимог до медичних ЗВО. Отримання ліцензії на підготовку лікарів не є складною процедурою в Україні. Відповідність формальним вимогам, які висуваються для отримання ліцензії на провадження освітньої діяльності, не гарантує забезпечення закладів потужними клінічними базами, де студенти змогли б відпрацьовувати навички. Для забезпечення якісної підготовки лікарів ліцензійні умови для медичних ЗВО мають містити особливі вимоги та базуватися на міжнародних рекомендаціях, зокрема на рекомендаціях Міжнародної федерації медичної освіти щодо заснування нових медичних шкіл[47].

Набір громадян України до ЗВО на основі повної загальної середньої освіти здійснюється на конкурсній основі, як правило, за балами зовнішнього незалежного оцінювання (ЗНО). Бали ЗНО вимірюються за шкалою, де 100 – мінімальний бал, що дає право брати участь у конкурсі на вступ до ЗВО, а 200 – максимальний бал. Вступник має подати сертифікати ЗНО з трьох предметів. Першим предметом для вступу на будь-яку спеціальність є українська мова та література. Другий і третій предмети визначаються у правилах прийому для кожної спеціальності окремо.

У 2018 р. МОЗ спільно з МОН започаткували політику підвищення вимог до абітурієнтів, які бажають навчатися на основних медичних спеціальностях. Зокрема, було встановлено поріг у 150 балів ЗНО (далі — «150+ балів») з другого і третього конкурсних предметів для вступників на спеціальності «Медицина», «Стоматологія» та «Педіатрія»; заяви вступників з меншими балами ЗНО автоматично відхиляються. Це мало наслідком скорочення набору на ці спеціальності (здебільшого за рахунок «контрактників», оскільки «бюджетники» традиційно мають вищі бали ЗНО) та збільшення набору на спеціальність «Фармація, промислова фармація» порівняно з попереднім роком (**Рис. 37**).

[47] Criteria for establishment of a new medical school: Guidance for governments, regulators and universities. URL: https://wfme.org/download/new-medical-school/?wpdmdl=825&refresh=5d7123a12999f1567695777.

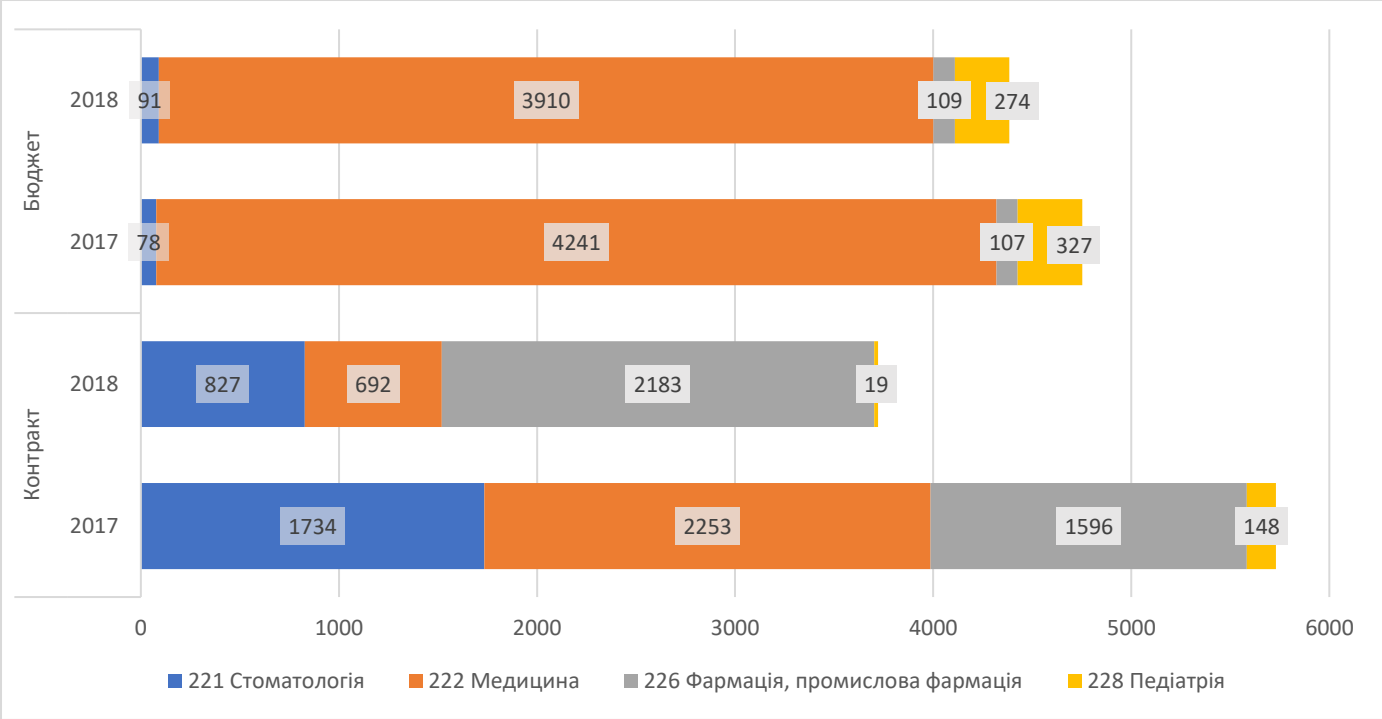


Рисунок 37. Вступ громадян України на основні медичні спеціальності на основі повної загальної середньої освіти, 2017–2018 рр., осіб

До 2018 р. другим предметом ЗНО для вступу на чотири медичні спеціальності за державним замовленням була біологія, третім – хімія або математика[48] за вибором абітурієнта. Для навчання за контрактом ЗВО можуть встановлювати інші другий та третій конкурсні предмети (зі збереженням вимоги про 150+ балів), але у 2018 р. ЗВО практично не використовували цієї можливості.

У 2019 р. для вступу на спеціальність «Фармація, промислова фармація» було запроваджено вимогу про конкурсний бал абітурієнта[49] 130 балів і вище[50]. Крім того, для вступу на навчання за кошти державного замовлення було змінено перелік конкурсних предметів. Для всіх медичних спеціальностей другий конкурсний предмет – біологія або хімія, третій – математика або фізика за вибором абітурієнта (150+ балів на три основні спеціальності зберігаються). Вимогу щодо обов'язкової математики з балом 150+ запроваджено для залучення в медичну освіту більш вмотивованих і краще підготовлених абітурієнтів. Проте її наслідком стало скорочення кількості вступників, проти чого виступали ЗВО. Відповідно, у 2019 р. більшість медичних ЗВО скористались правом визначити інші другий та третій конкурсні предмети для вступу громадян України на навчання за кошти фізичних та юридичних осіб, ніж встановлені для прийому на навчання за кошти державного замовлення (**Табл. 5**).

[48] Третій предмет для вступу на спеціальність «Фармація, промислова фармація» – хімія або іноземна мова (див.: Умови прийому на навчання до закладів вищої освіти України в 2018 році, затверджені наказом МОН від 13.10.2017 № 1378 «Про затвердження деяких нормативно-правових актів з питань прийому на навчання до закладів вищої освіти»).

[49] Обчислюється як середнє арифметичне балів ЗНО з трьох предметів з урахуванням середнього бала свідоцтва (раніше – атестата) про повну загальну середню освіту абітурієнта, за певних умов – із застосуванням незначного підвищувального коефіцієнта.

[50] Наказ МОН України від 11.10.2018 № 1096 «Про затвердження деяких нормативно-правових актів з питань прийому на навчання до закладів вищої освіти». URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/re32908.

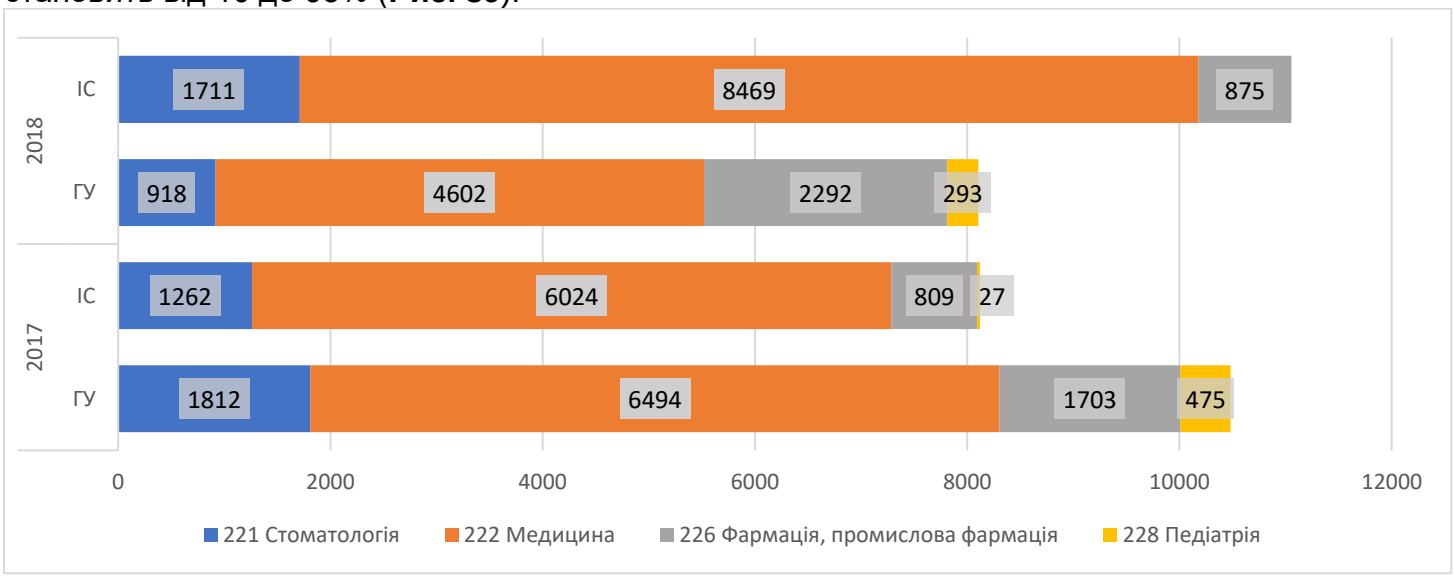
Таблиця 5. Кількість закладів вищої освіти, що пропонували і не пропонували абітурієнтам альтернативні другий і третій конкурсні предмети для вступу на спеціальність «Медицина» за кошти фізичних та юридичних осіб, 2019 р.

Тип ЗВО	Пропонували альтернативні предмети		Разом
	так	ні	
ЗВО у сфері управління МОЗ	9	4	13
ЗВО у сфері управління МОН	3	6	9
Приватні ЗВО	7	0	7
Разом	**19**	**10**	**29**

Політика підвищення мінімального конкурсного бала для вступу на інші медичні спеціальності, крім стоматології, медицини, фармації і педіатрії, у 2018–2019 рр. не застосовувалась.

Певна частина абітурієнтів вступає на навчання на бакалавра або магістра після здобуття освіти рівня молодшого спеціаліста. Сьогодні вступ на подальше навчання на основі рівня молодшого спеціаліста здійснюється за результатами конкурсних іспитів, які самостійно проводить ЗВО. Однак з 2018 р. для студентів, які вступили на програми підготовки молодших спеціалістів після 9 класу, запроваджено обов'язкове проходження державної підсумкової атестації у формі ЗНО (у 2018 р. – з одного предмета, у 2019 р. – з двох предметів[51]). Відповідно, випускники – молодші спеціалісти з 2020 р. мають подавати при вступі на медичні спеціальності один сертифікат ЗНО, з 2021 р. – два сертифікати. Розглядається доцільність урахування результатів складання ліцензійного іспиту «Крок-М» (обов'язковий для студентів медичних спеціальностей рівня молодшого спеціаліста) для вступу на навчання на наступний рівень вищої медичної освіти.

Велика частка іноземних студентів, що здобувають медичну освіту в Україні, є важливою особливістю цієї галузі освіти. Статистичні дані свідчать про постійне зростання кількості іноземних студентів, які вивчають медицину в Україні. У 2018 р. українські ЗВО вперше прийняли більше іноземців, ніж громадян України, на спеціальності «Медицина» і «Стоматологія» на основі повної загальної середньої освіти (**Рис. 38**). Частка іноземних студентів, які в тому чи іншому університеті у 2018 р. вступили на медичні спеціальності, становить від 10 до 93% (**Рис. 39**).



[51] Наказ МОН України від 07.12.2018 № 1369 «Про затвердження Порядку проведення державної підсумкової атестації». URL: https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zatverdzhennya-poryadku-provedennya-derzhavnoyi-pidsumkovoyi-atestaciyi-1369.

Рисунок 38. Вступ громадян України (ГУ) та іноземних студентів (ІС) на основні медичні спеціальності на основі повної загальної середньої освіти, 2017–2018 рр., осіб

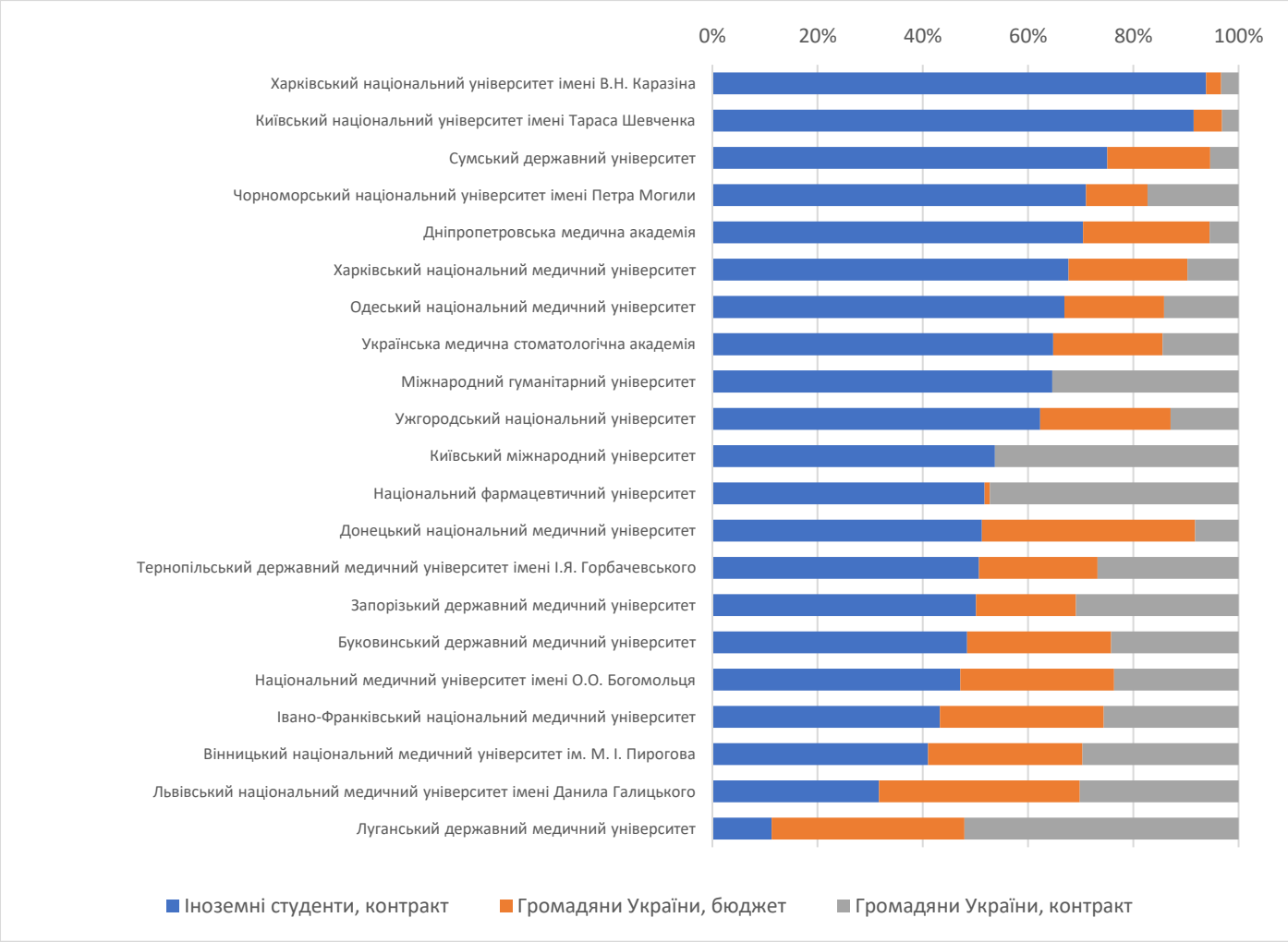


Рисунок 39. Вступ громадян України та іноземних студентів на спеціальності галузі знань «Охорона здоров'я» на основі повної загальної середньої освіти, за окремими ЗВО, 2018 р., %

Іноземні студенти навчаються загалом за тією самою програмою, що й їхні українські колеги. Українські ЗВО пропонують навчання на російсько- та англомовних програмах. Наявна тенденція до збільшення частки іноземних студентів на англомовних програмах порівняно з російськомовними, що пов'язано із залученням значної кількості студентів із неросійськомовних країн (**Рис. 40**).

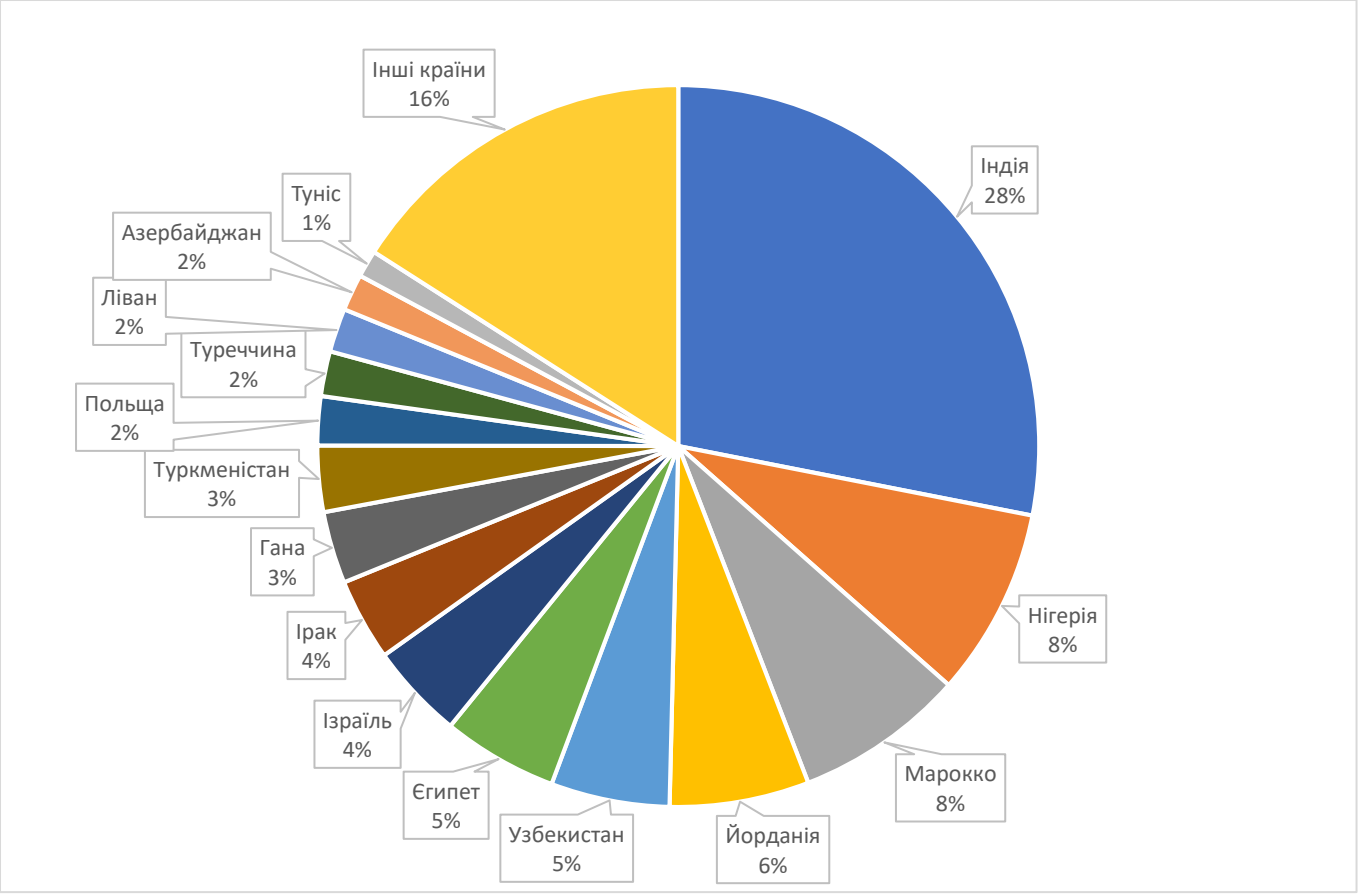


Рисунок 40. Країни походження студентів, які навчаються на медичних спеціальностях в Україні, 2017 р., за даними Українського державного центру міжнародної освіти

Привабливість залучення іноземних студентів пов'язана з суттєво вищою вартістю навчання для них порівняно з українськими студентами. Вартість навчання для іноземних студентів на медичних спеціальностях на денній формі навчання у 2017 р. становила від 2 500 до 4 800 дол. США за рік, тоді як українські студенти-контрактники у 2017 р. сплачували 20–34 тис. грн за один рік підготовки, а максимальна вартість контракту для українських студентів у 2018 р. становила 38,7 тис. грн за рік (спеціальність «Стоматологія» у Вінницькому національному медичному університеті)[52]. За нашою оцінкою, що базується на кількості студентів – громадян України та іноземних студентів, які навчаються у ЗВО, даних про вартість навчання і кошторисах, доступних на офіційних сайтах закладів, у більшості медичних ЗВО плата за навчання іноземних студентів формує 50–80% річного бюджету закладу.

Ми не маємо даних для оцінки ризику нестачі кадрових (висококваліфіковані викладачі зі знанням іноземних мов) і матеріально-технічних (аудиторні приміщення, обладнання) ресурсів для надання якісної освіти іноземним студентам, кількість яких зростає. Викликом для українського ринку праці є те, що іноземні студенти, за поодинокими винятками, не продовжують навчання в українській інтернатурі, отже, не розглядають Україну як місце потенційного працевлаштування на лікарську посаду.

Статистику випускників спеціальностей «Медицина», «Стоматологія» та «Фармація», зокрема результати складання ліцензійного іспиту, наведено в **Табл. 6**[53]. Загалом частка випускників спеціальності «Медицина», які не складають ліцензійного іспиту, є нижчою порівняно з іншими спеціальностями. Студенти цих трьох спеціальностей бюджетної форми навчання – громадяни України майже всі складають ліцензійний іспит. Серед студентів контрактної форми навчання – громадян України десята частина випускників не складає ліцензійного

[52] Інформація на офіційних сайтах ЗВО та відповіді ЗВО на запити МОЗ.
[53] Результати складання ліцензійних інтегрованих іспитів у 2018 році / Центр тестування при МОЗ України. URL: https://www.testcentr.org.ua/docs/TB/TB-Analiz-Krok-2-16082018.pdf.

іспиту. Нижчий рівень успішності серед іноземних студентів, особливо тих, які навчалися на російськомовних програмах (спеціальності «Медицина» та «Стоматологія»). Наприклад, у 2018 р. серед випускників спеціальності «Медицина» ліцензійний іспит не склали 2% громадян України бюджетної форми навчання, 7.5% громадян України контрактної форми навчання, 12% іноземних студентів англомовних програм та 26% іноземних студентів російськомовних програм.

Таблиця 6. Результати складання ліцензійного іспиту різними категоріями студентів спеціальностей «Медицина», «Стоматологія» та «Фармація», 2017–2018 рр.

Рік	Категорія студентів	Результат складання іспиту	Спеціальність «Медицина»	Спеціальність «Стоматологія»	Спеціальність «Фармація»
2017	Громадяни України (бюджет)	Складали Не склали	3 763 77 (2%)	116 5 (4%)	46 2 (4%)
	Громадяни України (контракт)	Складали Не склали	2 073 205 (10%)	1 990 188 (9%)	851 78 (9%)
	Громадяни іноземних країн (російськомовні програми)	Складали Не склали	659 180 (27%)	389 125 (32%)	262 94 (36%)
	Громадяни іноземних країн (англомовні програми)	Складали Не склали	2 530 360 (14%)	264 66 (25%)	120 41 (34%)
2018	Громадяни України (бюджет)	Складали Не склали	3 771 69 (2%)	108 2 (2%)	46 0 (0%)
	Громадяни України (контракт)	Складали Не склали	3 171 238 (7.5%)	2 259 224 (10%)	957 72 (7.5%)
	Громадяни іноземних країн (російськомовні програми)	Складали Не склали	861 226 (26%)	429 140 (33%)	361 106 (29%)
	Громадяни іноземних країн (англомовні програми)	Складали Не склали	2 497 302 (12%)	312 77 (25%)	135 58 (43%)

Висновки до розділу

- Кількість громадян України, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями, упродовж тривалого часу є сталою. Певне скорочення набору абітурієнтів, спричинене підвищенням вимог до їхньої підготовки, має місце з 2018 р., але воно не є критичним для системи охорони здоров'я.
- На сьогодні ліцензійні умови провадження освітньої діяльності не мають специфічних вимог до медичних ЗВО, що дозволяє закладам здійснювати підготовку лікарів, не маючи відповідної потужної клінічної бази.
- Щороку зростає частка іноземних студентів, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями. У 2018 р. загальна кількість іноземців – вступників на основні медичні спеціальності («Стоматологія» та «Медицина») вперше перевищила кількість вступників – громадян України. Зростання кількості іноземних студентів може бути ризиком щодо якості підготовки та джерелом конфлікту інтересів. ЗВО мають сильну фінансову мотивацію зберігати контингент таких студентів, оскільки розмір плати за навчання для іноземних студентів у 3–5 разів вищий за вартість навчання за контрактом для громадян України.
- Студенти спеціальностей «Медицина», «Стоматологія» та «Фармація» бюджетної форми навчання – громадяни України майже всі складають ліцензійний іспит. Нижчий рівень успішності серед студентів контрактної форми навчання – громадян України та іноземних студентів, особливо тих, які навчалися на російськомовних програмах.

Навчання медичних сестер

Традиційно для роботи медсестрою в Україні було достатньо одержати середню спеціальну освіту. Сьогодні через зміни в класифікації цей рівень освіти вважається початковим рівнем вищої освіти, його здобуття засвідчується дипломом молодшого спеціаліста. У червні 2019 р. прийнято Закон «Про фахову передвищу освіту»[54], внаслідок чого базова освіта медичних сестер стане фаховою передвищою освітою, тобто окремою ланкою освіти між середньою і вищою, та засвідчуватиметься дипломом фахового молодшого бакалавра. Разом з тим, станом на травень 2019 р. стандарт вищої освіти за спеціальністю «Медсестринство» для фахового молодшого бакалавра не розроблявся. Відповідно до чинної законодавчої рамки, цей стандарт не буде включати переліку обов'язкових навчальних дисциплін, а визначатиме обов'язкові компетентності, які мають опанувати випускники. Перехідні положення Закону «Про фахову передвищу освіту» передбачають практично автоматичну видачу ліцензій на підготовку фахового молодшого бакалавра (зі збереженням спеціальності та ліцензійного обсягу підготовки) закладам, які мають чинну ліцензію на підготовку молодшого спеціаліста.

Рівень молодшого спеціаліста

Найчастіше медсестри здобувають освіту рівня молодшого спеціаліста в медичних училищах і коледжах, хоча в останні роки такі програми почали пропонувати й окремі медичні інститути, академії та медичні університети. На навчання можна вступати на основі як базової (після 9 класу), так і повної (після 11 класу) загальної середньої освіти. У 2018 р. 73% вступників на навчання медичних сестер – молодших спеціалістів вступали після здобуття базової загальної освіти. Навчання медичних сестер – молодших спеціалістів проводиться тільки за денною або вечірньою формою навчання; заочна чи дистанційна освіта не практикується. Тривалість навчання медсестер – молодших спеціалістів становить чотири роки на основі базової середньої освіти і три роки на основі повної середньої освіти[55]. Після завершення навчання медичні сестри – молодші спеціалісти складають зовнішній іспит «Крок» («Крок М» – молодші спеціалісти), який є аналогом ЗНО для студентів більшості медичних спеціальностей.

За чинним переліком спеціальностей у вищій освіті[56], підготовка медсестер здійснюється в рамках спеціальності 223 «Медсестринство». Для рівня освіти молодшого спеціаліста ця спеціальність увібрала в себе чотири спеціальності переліку, який діяв до 2016 р.[57]: «Лікувальна справа (підготовка фельдшерів)», «Сестринська справа», «Медико-профілактична справа» та «Акушерська справа». Зміст підготовки медичних сестер рівня молодшого спеціаліста регламентовано стандартом вищої освіти 2011 р.[58], який визначає перелік необхідних компетенцій, структуру навчальних дисциплін та кількість годин вивчення, вимоги до організації і тривалості виробничої (2 тижні) та переддипломної (6 тижнів) практики

[54] Закон України від 06.06.2019 № 2745-VIII «Про фахову передвищу освіту». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2745-19.
[55] Наказ МОНМС України від 24.06.2011 № 649 «Про затвердження і введення в дію складових галузевих стандартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста галузей знань «Медицина» та «Фармація»». URL: http://www.medcollege.mk.ua/wp-content/uploads/2019/05/Nakaz_galuzevi_standarty.pdf.
[56] Постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2015 № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-п.
[57] Наказ МОН України від 06.11.2015 № 1151 «Про особливості запровадження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 року № 266». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1460-15.
[58] Наказ МОЗ України від 07.07.2011 № 401 «Про введення в дію складових галузевих стандартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста галузей знань «Медицина» та «Фармація»». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0401282-11. Подібний навчальний план було затверджено у 2002 р. наказом МОЗ України від 24.07.2002 № 282 «Про затвердження та введення нових навчальних планів підготовки фахівців за спеціальністю 5.110102 та 6.110100 «Сестринська справа»». URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ1931?an=68985.

та державної атестації випускників цієї спеціальності. Також встановлено перелік кабінетів і лабораторій, у яких мають відбуватися навчання й практика студентів.

Програма підготовки медичної сестри рівня молодшого спеціаліста не передбачає можливості спеціалізації та глибшої підготовки за певним напрямом медицини, якщо, наприклад, цей напрям більш затребуваний на регіональному або місцевому ринку праці. Крім того, стандарт вищої освіти і доступні в мережі Інтернет навчальні плани коледжів свідчать про те, що в підготовці медсестер не реалізується запроваджена у 2014 р. вимога законодавства про можливість вибору студентами 25% навчальних дисциплін[59]. Суттєвою проблемою є забезпечення належної практичної підготовки студентів:

- *Встановлені мінімальні вимоги до практичних навичок складно опанувати, враховуючи тривалість практичної підготовки*. Чинний стандарт освіти визначає велику кількість практичних умінь, яких має набути медсестра – молодший спеціаліст під час навчання. Перелік умінь охоплює роботу медсестер в усіх клінічних відділеннях, у різних ситуаціях надання медичної допомоги (екстрена, вдома, у відділенні, в операційній, реанімації тощо). Цей перелік налічує близько 400 позицій навичок з усіх напрямів медицини. Практична підготовка медичних сестер передбачає відпрацювання навичок не тільки під час виробничої та переддипломної практик, а й під час практичних занять, які проходять в умовах доклінічної підготовки (симуляційні центри, фантоми, муляжі) та клінічної підготовки (в ЗОЗ). При цьому загальна передбачена навчальними планами тривалість практичної підготовки медсестер є недостатньою для якісного відпрацювання навичок. Крім того, далеко не всі навчальні заклади мають відповідну клінічну базу, де студенти можуть опанувати практичні навички.
- *Відсутність інфраструктури для відпрацювання навичок не може бути підставою для позбавлення закладів ліцензії або акредитації*. Сьогодні наявність симуляційного центру, фантомів, належної бази практики не належать до вимог, що висуваються до медичних коледжів та училищ у рамках ліцензування їхньої діяльності та акредитації освітніх програм. Відповідно, відсутність інфраструктури для практики робить неможливим формування практичних умінь, яких має набути медична сестра згідно зі стандартом освіти.
- *Відсутність курсів спеціалізації для медичних сестер до працевлаштування у спеціалізовані і високоспеціалізовані служби ЗОЗ*. Нині після завершення навчання підготовлена медична сестра, маючи універсальну підготовку, може потрапити на роботу в кабінет сімейного лікаря, гастроентерологічне відділення, відділення нейрохірургії тощо. Відсутність спеціалізації на додипломному рівні значно ускладнює надання якісних медичних послуг.
- Через *законодавчі обмеження* студенти не мають можливості відпрацьовувати необхідні навички безпосередньо під час практики в лікарні, або реалізація такої можливості суттєво ускладнена[60].

У 2018 р. прийом молодших спеціалістів на навчання за освітньою програмою підготовки молодших сестер здійснювали 96 закладів вищої освіти, з них майже половина (47%) набрали на цю програму до 40 осіб (тільки 10 закладів набрали понад 100 осіб). Діяльність невеликих медичних коледжів та училищ має певні ризики: вищі витрати на підготовку одного фахівця, обмежені фінансові можливості (в частині стійкості фінансування місцевими бюджетами) та,

[59] Закон України «Про вищу освіту», стаття 62, частина 1, пункт 15. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18.
[60] Стаття 33 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: «Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах». Виходячи зі змісту цієї статті, студенти не можуть надавати медичну допомогу в закладах охорони здоров'я.

відповідно, обмежені можливості забезпечення необхідної матеріально-технічної бази й залучення висококваліфікованих викладачів, що унеможливлює створення умов для формування відповідних навичок у майбутніх медичних сестер.

Рівень бакалавра/магістра

На сьогоднішній день затверджено норму про те, що для зайняття посад старшої та головної медичної сестри особі достатньо бути молодшим спеціалістом, їй не потрібна освіта більш високого рівня[61]. Ця ситуація пов'язана як із традицією підготовки медсестер у рамках середньої спеціальної освіти, що формувалась десятиріччями, так і з залежним від лікарів, несамостійним професійним статусом медичної сестри: за чинними правилами, медична сестра не має права виконувати значну частину своїх функцій без призначення лікаря.

Втім, у світі триває дискусія про необхідність для медсестер мати більш високу освіту. Це передусім пов'язано з їхньою участю у виконанні медичних процедур високої складності, роботою з високотехнологічним обладнанням у високоспеціалізованих відділеннях ЗОЗ. Ідеться також про передачу частини функцій лікарів медичним сестрам, що зумовлює додаткову потребу у зміні програм підготовки медичних сестер. Зараз в Україні обговорюється необхідність мати вищу освіту для зайняття посади старшої (бакалавр) та головної (магістр) медичної сестри. За інформацією МОЗ, останню вимогу планується зробити офіційною шляхом її закріплення в Довіднику кваліфікаційних характеристик[62]. У зв'язку з цим в Україні поширюються програми підготовки медичних сестер рівня повної вищої освіти (бакалавра і магістра). Так, у 2018 р. п'ять ЗВО набрали на програми підготовки бакалаврів медсестринства; шість ЗВО здійснювали набір на програми підготовки магістрів медсестринства. Широкого попиту української системи охорони здоров'я на підготовку таких фахівців ще немає.

Загалом понад дві третини (69%) випускників – молодших спеціалістів спеціальності «Сестринська справа» у 2018 р. не продовжили навчання у рік випуску (**Рис. 41**). На бакалаврат і магістратуру за фахом «Медсестринство» вступала незначна частина осіб, які завершили підготовку за цим самим фахом на попередньому рівні освіти (4%). 16% медсестер – молодших спеціалістів продовжили навчання на інших медичних спеціальностях, ніж «Медсестринство». Кожна десята медична сестра (11%) продовжила навчання за межами медичної професії. Не зупиняє відтоку медсестер на інші спеціальності те, що навчання на них переважно платне. Варто зазначити, що медсестри – молодші спеціалісти, які вступають на навчання на спеціальність «Медицина», зараховуються в магістратуру з тривалістю навчання п'ять років[63] (особи, що вступають на спеціальність «Медицина» після середньої школи, навчаються шість років) і навчаються за власні кошти, державне або регіональне замовлення відсутнє.

[61] Наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117 «Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0117282-02.
[62] Там само.
[63] Наказ МОЗ України від 21.06.2012 № 455 «Про затвердження навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар» за спеціальністю «лікувальна справа», які попередньо здобули освітньо-кваліфікаційний рівень молодшого спеціаліста за спеціальністю «лікувальна справа» та «сестринська справа», для навчання у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0455282-12.

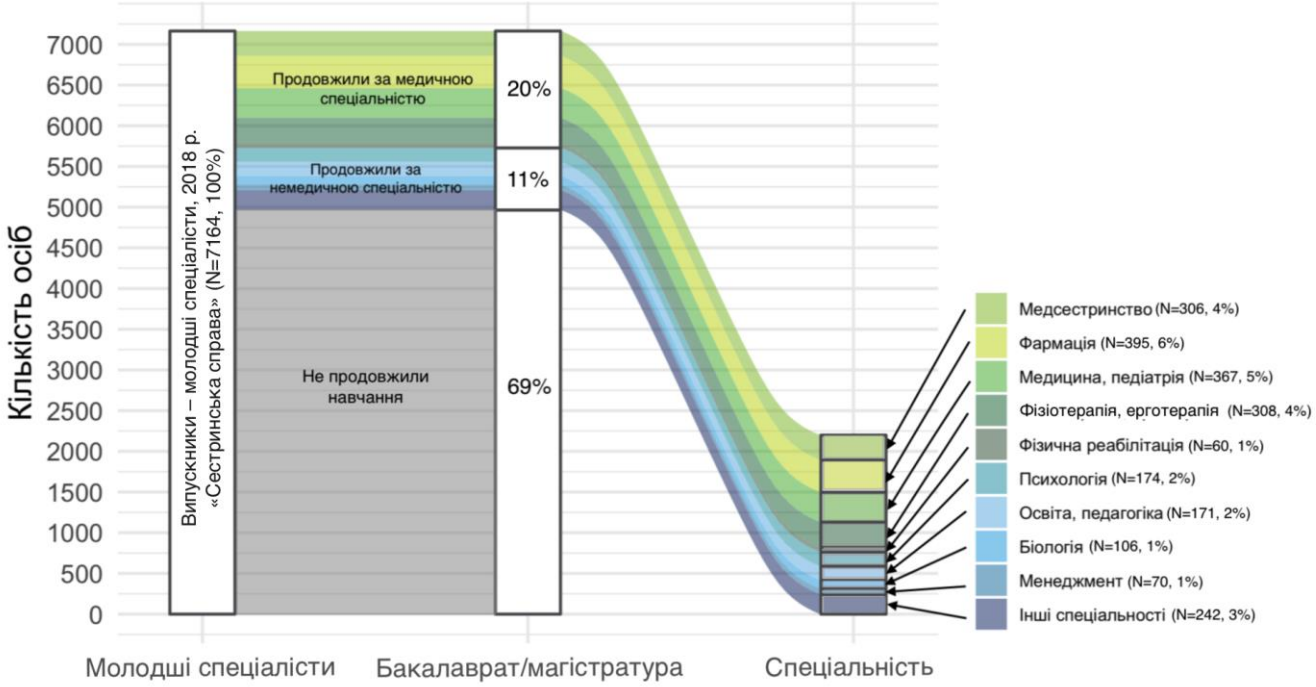


Рисунок 41. Вступ на бакалаврат/магістратуру осіб, які у 2018 р. здобули освіту рівня молодшого спеціаліста за спеціальністю «Сестринська справа», 2018 р.

Загалом у 2018 р. 54% вступників на бакалаврат за спеціальністю «Медсестринство» (N=708) одержали диплом молодшого спеціаліста того самого року, коли вступили на бакалаврат, решта стали молодшими спеціалістами в попередні роки (13% – у 2013–2017 рр., 12% – впродовж 2000–2012 рр., 15% – до 2000 року, для 7% рік одержання диплома не було зазначено).

За результатами експертних інтерв'ю визначено такі основні мотиви вступу на бакалаврат серед медсестер – молодших спеціалістів:

- конкурентна перевага на робочому місці;
- перевага для міграції: за словами респондентів, чимало розвинених країн мають великий дефіцит медичних сестер, тому визнають український диплом з медсестринства, але не нижчий бакалаврського рівня;
- самореалізація завдяки здобуттю «повної» вищої освіти;
- отримання додаткових професійних знань;
- очікування, що після 2020 р. бакалаврський диплом буде офіційно вимагатися в Україні для зайняття медсестрами старших посад.

Для вступу на бакалаврат за спеціальністю «Медсестринство» за державним замовленням після 11 класу необхідно подати сертифікати ЗНО з трьох предметів. Першим предметом є українська мова і література. У 2018 р. другим предметом була біологія, третім – хімія або математика за вибором абітурієнта. У 2019 р. другий предмет – біологія або хімія, третій – математика або фізика. Для вступу на навчання за кошти фізичних і юридичних осіб заклади вищої освіти мають право самостійно визначати другий і третій конкурсні предмети.

За балами ЗНО можна бачити, що вступники на бакалаврат за спеціальністю «Медсестринство» на основі повної загальної середньої освіти не належать до найкраще підготовлених абітурієнтів в Україні. Серед загалу вступників у 2018 р. 150 і більше балів з української мови та літератури набрали 44%, з біології – 43%, з хімії, математики або історії України – 85%. Це свідчить про те, що, на відміну від деяких інших медичних спеціальностей[64], політика відбору на спеціальність «Медсестринство» вступників з вищими балами ЗНО не

[64] З 2018 р. при вступі на спеціальності «Медицина», «Стоматологія», «Педіатрія» необхідно мати не менше 150 балів ЗНО з другого і третього конкурсних предметів. З 2019 р. конкурсний бал вступника на спеціальність «Фармація, промислова фармація» не може бути меншим за 130 балів.

проводиться. Мінімальні значення конкурсних балів ЗНО для вступу на спеціальність «Медсестринство» до 2019 р. включно не встановлювались.

Вступ на бакалаврат на основі молодшого спеціаліста здійснюється за результатами вступних випробувань, що проводяться закладами освіти. За планом МОН, з 2020 р. для вступу буде необхідний сертифікат ЗНО з української мови та літератури, з 2021 р. – два сертифікати ЗНО[65]. Розглядається можливість урахування результатів складання іспиту «Крок-М» для вступу на бакалаврат.

Станом на 2019 р. п'ять ЗВО готують на бакалаврраті спеціальності 223 «Медсестринство» як медичних сестер, так і парамедиків[66]. Інші ЗВО готують тільки медичних сестер, окремі з них планують розпочати підготовку парамедиків у майбутньому.

Згідно зі стандартами вищої освіти, підготовка бакалаврів (як і магістрів) медсестринства орієнтована на підготовку фахівців до виконання певних управлінських функцій у закладах охорони здоров'я. Відповідно, стандарти і навчальні програми включають окремі вступні дисципліни з управління і менеджменту. Подальший аналіз стосується змісту одно- і дворічних програм підготовки бакалаврів медсестринства (вступ на основі молодшого спеціаліста), адже чотирирічні програми (вступ на основі 11 класу) фактично є поєднанням програми молодшого спеціаліста і коротшої програми бакалавра. У відповідних навчальних програмах можна виділити три групи дисциплін, що вивчаються студентами: медичні, загальноосвітні та управлінські.

Частина медичних навчальних дисциплін бакалаврів за назвами схожа на дисципліни, що вивчаються молодшими спеціалістами (**Табл. 7**)[67]. Залежно від закладу вищої освіти і конкретної дисципліни може мати місце як дублювання відповідного навчального матеріалу, так і надання бакалаврам поглиблених знань з тих предметів, які вони опановували раніше. Також слід звернути увагу на те, що програми навчальних дисциплін в окремих закладах вищої освіти можуть рекомендувати один і той самий підручник як основний з певної дисципліни як для молодших спеціалістів, так і для бакалаврів.

Таблиця 7. Схожі медичні дисципліни у програмах підготовки молодших спеціалістів і бакалаврів медсестринства

Молодші спеціалісти на основі повної загальної середньої освіти		**Бакалаври на основі молодшого спеціаліста**	
навчальна дисципліна	**кредити ECTS***	**навчальна дисципліна**	**кредити ECTS***
Основи філософських знань	1.5–3	Філософія	3
Українська мова (за професійним спрямуванням)	1.5–3	Українська мова	3
Іноземна мова (за професійним спрямуванням)	4–6	Іноземна мова або Англійська мова	3–6
Історія України	1.5–3	Історія України або Історія та культура України	3
Основи охорони праці та охорона праці в галузі	1.5–3	Охорона праці в галузі	3
Фармакологія та медична рецептура	3.75–4	Клінічна фармакологія з токсикологією	3
Медсестринство у внутрішній медицині	10–11	Клінічне медсестринство у внутрішній медицині	3
Медсестринство в хірургії	10–10.5	Клінічне медсестринство в хірургії	3
Медсестринство в педіатрії	10–10.5	Клінічне медсестринство в педіатрії	3

[65] У 2018 р. запроваджено державну підсумкову атестацію студентів коледжів та училищ у формі ЗНО з української мови та літератури, у 2019 р. – з двох предметів. Відповідно, випускники коледжів та училищ майбутніх років гарантовано матимуть результати ЗНО з цих предметів. Джерело: інтерв'ю з Олегом Шаровим, генеральним директором Директорату вищої освіти та освіти дорослих МОН, дата інтерв'ю: 25 січня 2018 р.

[66] Тернопільський національний медичний університет, Черкаська медична академія, Житомирський медичний інститут, Українська медична стоматологічна академія, ТОВ «Медичний коледж «Монада»».

[67] У таблиці не розглядається програма підготовки молодших спеціалістів на основі базової загальної середньої освіти, адже в частині загальноосвітньої підготовки вона включає предмети старшої школи (і їх зіставлення з предметами у бакалавраті було б некоректним), а в частині професійної підготовки програми на основі базової та повної загальної середньої освіти не відрізняються.

**Кредити ECTS – одиниця виміру навчального часу у вищій освіті. В Україні один кредит ECTS відповідає 30 академічним годинам. Один навчальний рік має 60 кредитів.*

Однорічні бакалаврські програми зазвичай пропонують студентам такий набір загальноосвітніх та управлінських дисциплін: «Українська мова», «Іноземна/англійська мова», «Фізичне виховання», «Історія та культура України», «Основи педагогіки», «Філософія», «Методологія наукової роботи», «Економіка охорони здоров'я», «Маркетинг медичних послуг», «Менеджмент та лідерство в медсестринстві», «Охорона праці в галузі», «Медичне та фармацевтичне товарознавство»[68]. Дворічні бакалаврські програми доповнюють цей перелік такими загальноосвітніми та управлінськими дисциплінами, як «Медсестринська етика та деонтологія», «Інформаційні технології в медицині», «Медична психологія (або психологія спілкування)», «Громадське здоров'я та громадське медсестринство», «Соціальна медицина» та «Медична статистика»[69]. На однорічній програмі бакалаврату на медичні дисципліни відводиться не більше половини загального навчального часу (**Табл. 8**). Бакалаврські програми (як однорічні, так і дворічні) пропонують також курси, спрямовані на здобуття поглиблених знань на основі базової підготовки, отриманої під час навчання на ОКР молодший спеціаліст. Зокрема, дисципліни «Медсестринство у внутрішній медицині», «Медсестринство в хірургії», «Медсестринство в педіатрії» та ін. спрямовані на формування базових компетентностей з основ догляду за хворими, маніпуляційної техніки, організації та впровадження медсестринського процесу. Викладання особливостей клінічного медсестринства за різними напрямами підготовки має на меті вивчення етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування та профілактики хвороб. Передумовою формування практичних навичок є відповідна інфраструктура, проте вона не завжди існує на базі ЗВО. Крім того, не всі заклади (особливо розташовані в малих містах) мають можливість забезпечення відповідної клінічної підготовки на своїй базі.

Таблиця 8. Розподіл часу в навчальних програмах підготовки бакалаврів медсестринства за типами навчальних дисциплін, мінімум-максимум кредитів ECTS

Тип і тривалість програми	**Загальна тривалість програми, *кредитів ECTS***	**Медичні дисципліни, *кредитів ECTS***	**Загальноосвітні дисципліни, *кредитів ECTS***	**Управлінські дисципліни, *кредитів ECTS***	**Переддипломна, виробнича та інша практика, атестація, *кредитів ECTS***
Бакалавр, 1 рік	54–61.5	20–30	11–21	9–12	4.5–8
Бакалавр, 2 роки	110–120	58–87	15–26	13–16	5–10

Бакалаврські та магістерські програми не передбачають проходження спеціалізації. Зважаючи на те що бакалаврські програми включають як клінічне медсестринство, так і менеджерські дисципліни, випускники освітнього рівня бакалавр повинні отримувати спеціалізації для роботи у практичній охороні здоров'я та в менеджменті й управлінні. Для здобувачів освітнього рівня магістр спеціалізація має включати клінічне медсестринство, адміністрування й управління та педагогічну діяльність.

[68] За даними актуальних на 2018–2019 рр. навчальних програм, розміщених на офіційних сайтах закладів вищої освіти або отриманих за запитом авторів дослідження, таких восьми закладів: Житомирського медичного інституту, Буковинського державного медичного університету, Луцького базового медичного коледжу, Миколаївського базового медичного коледжу, Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, Харківського національного медичного університету, Черкаської медичної академії, Львівського інституту медсестринства та лабораторної медицини ім. Андрея Крупинського.

[69] За даними актуальних на 2018–2019 рр. навчальних програм, розміщених на офіційних сайтах закладів вищої освіти або отриманих за запитом авторів дослідження, таких чотирьох закладів: Житомирського медичного інституту, Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, Ужгородського національного університету і Черкаської медичної академії.

Випускники бакалаврату медсестринства складають незалежний ліцензійний іспит «Крок-Б. Сестринська справа». Впродовж 2012–2018 рр. серед тих, хто складав «Крок-Б. Сестринська справа», 99% успішно проходять цей іспит.

Висновки до розділу

- Найчастіше медичні сестри здобувають освіту рівня молодшого спеціаліста в медичних училищах та коледжах і далі не продовжують навчання. Наразі вища освіта (рівні бакалавра й магістра) не є офіційною вимогою для працевлаштування на посаду медичної сестри. Водночас в Україні поширюються програми підготовки медичних сестер рівня повної вищої освіти (бакалавра і магістра).
- Основні прогалини в підготовці медичних сестер: відсутність політики відбору на спеціальність «Медсестринство» (наприклад, встановлення порогового бала для вступу); коротка тривалість практичної підготовки; обмежена можливість відпрацьовувати необхідні навички під час практики в медичних закладах; підготовка бакалаврів і магістрів медсестринства орієнтована на підготовку фахівців до виконання управлінських функцій у закладах охорони здоров'я, а не розширення клінічного функціоналу медичних сестер.
- Не передбачено проходження курсів спеціалізації для випускників освітнього рівня молодший спеціаліст при працевлаштуванні у спеціалізовані і високоспеціалізовані служби закладів охорони здоров'я.
- Для випускників освітніх рівнів бакалавр і магістр не передбачено проходження спеціалізацій.

Безперервний професійний розвиток

Безперервний професійний розвиток лікарів

До 2019 р. система післядипломної освіти українських лікарів мала такі обов'язкові для кожного лікаря складові:

- Навчання в інтернатурі осіб, які здобули диплом лікаря рівня магістра (спеціаліста), та атестація з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст» з конкретної лікарської спеціальності. За підсумками цієї атестації особа одержує право працювати лікарем[70].
- Підвищення кваліфікації кожні п'ять років, під час якого було необхідно набрати відповідну кількість освітніх балів: обов'язкова частина – 40 балів за навчання на передатестаційному циклі (ПАЦ), варіативна частина – 35–55 балів залежно від категорії (інші освітні заходи, конференції тощо). За підсумками цього навчання – атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії.
- Необов'язкові способи підвищення кваліфікації: навчання в аспірантурі для подальшої кар'єри медика-дослідника; навчання в клінічній ординатурі (два роки), що забезпечує одержання лікарем вторинної спеціалізації; навчання на циклі спеціалізації, результатом якого є набуття лікарем спеціалізації зі спеціальності, з якої не здійснюється підготовка в інтернатурі[71].

[70] Наказ МОЗ України від 19.12.1997 № 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів». URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/REG2454.

[71] Номенклатура лікарських спеціальностей у 2019 р. нараховує 124 спеціальності (наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів». URL: https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperervnogo-profesijnogo-rozvitku-likariv.
В інтернатурі здійснюється підготовка з 34 спеціальностей так званої «первинної спеціалізації» лікаря (наказ МОЗ України від 23.02.2005 № 81 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів». URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/RE10571).

Навчання в інтернатурі. Лікарі-інтерни навчаються в інтернатурі для набуття однієї з 34 спеціальностей «первинної спеціалізації»[72]. Тривалість навчання залежить від обраної інтерном спеціальності і становить від одного до трьох років[73]. Навчання має дві складові: теоретичну, що реалізується в медичному закладі вищої (післядипломної) освіти, та практичну, яка пов'язана з роботою інтерна в певному закладі охорони здоров'я. Основні проблеми нинішньої системи підготовки в інтернатурі:

- вступ до інтернатури вимагає виконання значної кількості процедур;
- доступ до навчання в інтернатурі за кошти державного замовлення мають тільки ті особи, які здобули медичну освіту рівня магістра (спеціаліста) за державним замовленням; для інших осіб навчання в інтернатурі платне;
- невизначеність поточного правового статусу вимоги про відпрацювання трьох років за розподілом для інтернів, які навчалися за кошти державного замовлення;
- невисока (на рівні мінімальної заробітної плати) оплата праці лікарів-інтернів;
- невідповідність структури розподілу інтернів за спеціальностями потребам української системи охорони здоров'я;
- вибір інтерном спеціальності, на якій він навчатиметься, відбувається непрозоро;
- тривалість навчання в інтернатурі (для окремих спеціальностей) вважається надто малою для набуття інтерном усіх необхідних навичок лікаря;
- недостатній зовнішній контроль якості підготовки в інтернатурі;
- відсутність юридичної відповідальності лікарів-інтернів за власні професійні дії і, як наслідок, обмежені професійні права (функції) лікарів-інтернів у закладах охорони здоров'я;
- інформація про бази інтернатури і вакансії на них не є легкодоступною;
- низькі вимоги до баз інтернатури: фактично майже будь-який заклад охорони здоров'я може бути такою базою, навіть якщо в ньому не надається високотехнологічна медична допомога пацієнтам. Останнє важливо для набуття інтернами складних медичних компетенцій;
- нечіткі вимоги до функцій лікаря-керівника (куратора) інтерна в закладі охорони здоров'я, невисока додаткова оплата за роботу з інтернами.

Атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії. У 2018 р. було затверджено рамкове Положення про безперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров'я[74]. У 2019 р. на виконання цього Положення було змінено порядок підвищення лікарями кваліфікації після завершення інтернатури[75]. До 2019 р. лікарі були зобов'язані кожні п'ять років проходити передатестаційні цикли, які давали частину балів, а решту балів отримувати за рахунок інших видів професійної діяльності (семінарів, тренінгів, навчання тощо). З 2019 р. систему отримання балів трансформовано: лікарям рекомендовано, а з 2020 р. вони зобов'язані упродовж кожного календарного року набирати 50 балів безперервного професійного розвитку. Відтепер лікарі не зобов'язані, як це було раніше, проходити навчання на передатестаційному циклі в закладі (на факультеті) післядипломної освіти, адже можуть одержати бали безперервного професійного розвитку за інші види навчання та/або професійної діяльності:

- у формальній освіті – на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення, курсах інформації та стажування;

[72] Наказ МОЗ України від 23.02.2005 № 81 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів». URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/RE10571.
[73] Там само.
[74] Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF.
[75] Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів». URL: http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperervnogo-profesijnogo-rozvitku-likariv.

- в інформальній освіті – через участь у фахових нарадах, семінарах, науково-практичних конференціях, симпозіумах, з'їздах, виставках, у симуляційних тренінгах, майстер-класах, курсах з набуття практичних навичок, стажування в клініках інших країн, дистанційне навчання, в тому числі електронне через фахові інтернет-ресурси.

Ключові виклики нової системи безперервного професійного розвитку:

- відсутність гарантованого фінансування «нових» способів підвищення кваліфікації лікарів (витрати фактично можуть лягати на самого лікаря);
- відсутність вимог до провайдерів та до змісту навчальних програм;
- ризик фальсифікацій при проходженні заходів професійного розвитку;
- неунормованість вимог до документів, якими підтверджується участь лікаря в заходах професійного розвитку.

Упродовж своєї кар'єри лікарі зобов'язані періодично проходити атестацію на присвоєння (або підтвердження раніше присвоєної) другої, першої та вищої кваліфікаційних категорій. Кваліфікаційну категорію необхідно підтверджувати кожні п'ять років. За правилами, які діяли до 2019 р., кваліфікаційну категорію присвоювала або підтверджувала атестаційна комісія на підставі (1) факту успішного проходження лікарем навчання на передатестаційному циклі в закладі (на факультеті) післядипломної освіти, (2) звіту лікаря про професійну діяльність за останні три роки та (3) результатів співбесіди з лікарем, яку проводять члени атестаційної комісії. У 2019 р. підстави для присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії було змінено. Відтепер замість звіту про професійну діяльність лікар надає атестаційній комісії «особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку та копіями документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку»[76]. Атестаційна комісія приймає рішення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії на підставі поданих документів. Співбесіда з лікарем атестаційною комісією не проводиться[77]. З 2019 р. основною підставою для присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії лікарям є бали безперервного професійного розвитку[78].

Клінічна ординатура і лікарська резидентура. До клінічної ординатури в Україні вступає близько 350–400 лікарів на рік. Через незначну кількість здобувачів освіти клінічна ординатура не відіграє суттєвої ролі в чинній системі підвищення кваліфікації лікарів. Клінічну ординатуру має бути трансформовано в лікарську резидентуру, що передбачено пунктом 7 статті 18 Закону України «Про освіту»[79]. На сьогодні нормативна база для початку функціонування лікарської резидентури не готова.

Безперервний професійний розвиток медичних сестер

Основним інструментом професійного розвитку медичних сестер є атестація на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії. Відповідні правила[80] повністю аналогічні правилам щодо категорій лікарів, які діяли до 2019 р.: категорія присвоюється медичній сестрі, яка має певний стаж роботи і пройшла курси підвищення кваліфікації в закладі медичної освіти. Підтверджувати наявну категорію і проходити курси необхідно кожні п'ять років. Інших офіційно регульованих державою інструментів підвищення кваліфікації медичних сестер в Україні сьогодні не існує. Загальна рамка безперервного професійного розвитку[81] передбачає, що систему набору балів буде запроваджено для всіх фахівців у сфері охорони здоров'я,

[76] Пункт 2 розділу 3 Порядку проведення атестації лікарів, затвердженого наказом МОЗ України від 22.02.2019 № 446.
[77] Пункт 3 розділу 3 Порядку проведення атестації лікарів, затвердженого наказом МОЗ України від 22.02.2019 № 446.
[78] Пункт 4 прикінцевих та перехідних положень Закону України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19.
[79] Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII «Про освіту». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19.
[80] Наказ МОЗ України від 23.11.2007 № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1368-07.
[81] Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF.

однак станом на червень 2019 р. відповідний новий порядок для медичних сестер не розроблено.

Безперервний професійний розвиток менеджерів закладів охорони здоров'я

Державою не встановлено окремого порядку безперервного професійного розвитку для управлінців ЗОЗ. Вони можуть отримувати освітні послуги, брати участь у заходах з підвищення кваліфікації на загальних ринкових умовах.

Висновки до розділу

- Основні виклики професійного розвитку українських лікарів: процедура вступу в інтернатуру є доволі бюрократизованою, непрозорою та неефективною щодо мотивації кадрів; клінічну ординатуру має бути трансформовано в лікарську резидентуру, проте нормативна база для початку функціонування резидентури не готова; нова система безперервного професійного розвитку (щорічний набір балів за рахунок формальної чи інформальної освіти) не має гарантованого фінансування, витрати лягають на лікарів; відсутні вимоги до провайдерів та до змісту навчальних програм, а також не сформовано систему запобігання фальсифікаціям при проходженні заходів професійного розвитку.
- Систему набору балів буде трансформовано для всіх фахівців у сфері охорони здоров'я, однак станом на червень 2019 р. відповідний новий порядок для медичних сестер не розроблено. Відсутній окремий порядок безперервного професійного розвитку для адміністративних директорів ЗОЗ.

Система управління КРОЗ

Методи управління

Ефективність системи охорони здоров'я загалом та функціонування окремих закладів значною мірою залежить від практики менеджменту людських ресурсів. Існує значна кількість методів менеджменту персоналу, які традиційно поділяють на три групи за типом впливу:

- економічні – система прийомів та методів впливу на виконавців за допомогою конкретного порівняння витрат і результатів;
- адміністративні – реалізуються за допомогою організаційно-розпорядчих методів прямого впливу, що носять директивний, обов'язковий характер;
- соціально-психологічні – способи управлінського впливу на персонал для формування установок щодо трудової діяльності та творчої активності.

Економічні методи впливу на персонал включають матеріальне стимулювання і санкції. Основним мотиваційним чинником, як правило, є заробітна плата; важливу роль також відіграє система виплат, надбавок, пільг тощо. В державних і комунальних ЗОЗ тривалий час застосовувалась Єдина тарифна сітка, що визначає уніфіковані розміри посадових окладів, види доплат і надбавок[82]. Крім того, існують нормативні акти, що визначають спеціальні умови оплати праці на рівні первинної та екстреної медичної допомоги[83], особливі умови оплати

[82] Постанова Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1298-2002-п.
Наказ Мінсоцполітики України та МОЗ України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-05.

[83] Постанова Кабінету Міністрів України від 30.12.2013 № 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/977-2013-п.

праці при роботі з певними захворюваннями (такими як ВІЛ-інфекція і туберкульоз)[84]. Для медичних фахівців, які працюватимуть у сільській місцевості, можливе отримання додаткових стимулів або мотиваційних пакетів від місцевих органів влади[85].

З початком переходу на нову систему фінансування медичних послуг комунальні ЗОЗ[86] змінюють організаційно-правову форму на комунальні некомерційні підприємства (КНП), що впливає на підходи до оплати праці. Замість Єдиної тарифної сітки комунальні некомерційні підприємства мають застосовувати договірну систему оплати праці персоналу, що буде регулюватися Кодексом законів про працю, законами «Про оплату праці» та «Про колективні договори». МОЗ зазначає, що ЗОЗ після його перетворення на КНП переходить до сфери договірного регулювання, тому першочерговим завданням є укладення колективного договору, в якому визначаються форми і системи оплати праці, норми праці, розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат. Рекомендовано, щоб оплата праці лікаря базувалась на результатах його індивідуальної роботи, враховувала конкуренцію на ринку. Водночас необхідно суворо дотримуватися державних гарантій у сфері оплати праці, зокрема стосовно забезпечення виплати мінімальної заробітної плати. Місцевий орган влади – власник КНП має додатково забезпечити за рахунок місцевих бюджетів рівень оплати не нижчий, ніж зазначено в Єдиній тарифній сітці.

Профспілка працівників охорони здоров'я акцентує увагу на дотриманні чинного законодавства та визначених мінімальних державних гарантій щодо оплати праці медичних працівників, а також визнає протиправним одноосібний перегляд колективних договорів, якщо це призводить до погіршення оплати праці[87]. Позиція профспілки полягає в тому, що «держава має встановити єдині для всієї України економічно обґрунтовані мінімальні гарантії в оплаті праці й надати роботодавцям можливість самостійно встановлювати додаткові матеріальні стимули для працівників у межах конкретного закладу, населеного пункту, територіальної громади на підставі системи колективних договорів і територіальних (регіональних) угод»[88].

Керівники КНП – ЗОЗ первинної ланки зазначають, що у зв'язку із запровадженням нової моделі фінансування лікарі усвідомлюють, що завдяки кількості підписаних декларацій з пацієнтами «вони залучають гроші на функціонування закладу». Отже, таким чином сімейні лікарі можуть впливати на рішення щодо рівня оплати праці інших медичних працівників, доцільності окремих посад та інших питань.

Адміністративні методи тісно пов'язані з економічними і запроваджуються перед економічними. На відміну від економічних методів, які спираються на економічні інтереси людей, адміністративні засновані на почутті обов'язку, дисципліні, розумінні можливості покарання. В ЗОЗ комунальної та державної форм власності існує низка внутрішніх документів, які визначають процес управління закладом загалом та персоналом:

- *Статут* ЗОЗ є першим юридичним документом, який визначає мету й головні завдання закладу охорони здоров'я, затверджується власником (відповідним органом влади

Постанова Кабінету Міністрів України від 27.03.2013 № 199 «Деякі питання оплати праці медичних працівників системи екстреної медичної допомоги». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/199-2013-п.

[84] Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». URL https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-17?find=1&text=%EE%EF%EB%E0%F2.

Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#n335.

[85] Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19.

[86] На момент підготовки цього звіту – всі ЗОЗ первинного рівня та окремі ЗОЗ спеціалізованої допомоги.

[87] Лист Професійної спілки працівників охорони здоров'я від 06.04.2018 № 05-07/125 «Про дотримання Конституції України та трудових прав працівників під час автономізації закладів охорони здоров'я». URL: https://www.umj.com.ua/article/123757/zahist-prav-medichnih-pratsivnikiv-u-protsesi-avtonomizatsiyi-medichnih-zakladiv.

[88] Оплата праці по-новому: хаос неминучий? / Ваше здоров'я, стаття від 27.08.2018 р. URL: https://www.vz.kiev.ua/oplata-pratsi-po-novomu-haos-nemynuchyj.

або його уповноваженим органом)[89]. Статут містить ключові положення щодо управління ЗОЗ: відомості про органи управління, їхні повноваження, організаційну структуру, а також обов'язковий розділ про повноваження трудового колективу.

- *Положення про ЗОЗ та його структурні підрозділи* є нормативним документом, що видає або орган влади – власник ЗОЗ, або керівник закладу. Окрім мети й функцій закладу, Положення також містить розділи про управління, організаційну структуру, контроль діяльності, що є основою адміністративно-розпорядчих процедур управління персоналом. Існують типові положення про різні заклади охорони здоров'я[90].
- *Керівництво закладу охорони здоров'я* включає керівні посади та/або органи управління закладу охорони здоров'я. Традиційно закладом охорони здоров'я керував головний лікар, але з 2019 р. розмежовано повноваження та відповідальність щодо управління ЗОЗ: управління адміністративного-господарськими питаннями покладається на директора, а керівництво процесом надання якісної медичної допомоги – на медичного директора[91]. Директор ЗОЗ відповідає за організацію роботи і взаємодію всіх структурних підрозділів, наймання персоналу; на медичного директора покладено обов'язки щодо професійного розвитку персоналу, внутрішньої та зовнішньої координації підрозділів. Нововведення встановлює кваліфікаційні вимоги до освіти осіб, які претендуватимуть на ці посади: з 2022 року однією з обов'язкових вимог буде вища освіта з менеджменту.
- *Посадова інструкція персоналу* ЗОЗ – документ, що визначає організаційно-правове становище працівника в структурному підрозділі та умови для його ефективної роботи. Посадові інструкції базуються насамперед на Національному класифікаторі професій та Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників[92], що визначає завдання та обов'язки, вимоги до знань та кваліфікації працівника, а також на положеннях колективного договору та внутрішніх нормативних документах ЗОЗ (таких як статут, положення тощо). Посадові інструкції розробляються безпосередньо в ЗОЗ і затверджуються керівником або уповноваженою ним особою. Як правило, розробляти посадові інструкції може керівник структурного підрозділу, де працює особа, безпосередній керівник або представник кадрової служби.
- *Правила внутрішнього трудового розпорядку* є обов'язковим внутрішнім нормативним документом ЗОЗ, який регламентує організацію праці і є частиною колективного договору. У правилах фіксуються домовленості між роботодавцем та працівником щодо всіх важливих аспектів організації праці в ЗОЗ, таких як тривалість робочого дня і робочого тижня, час початку й закінчення роботи, перерви для відпочинку та харчування, види заохочень, обов'язок працівників виконувати вимоги порядку та нормативних актів про охорону праці, їх відповідальність за порушення. Типові правила внутрішнього розпорядку затверджено як галузеві[93].

В умовах реформування системи фінансування охорони здоров'я, що передбачає запровадження ринкових механізмів та змін у формуванні штатного розпису, порядку оплати праці, колективні договори набувають особливого, нового значення в аспекті управління персоналом закладу охорони здоров'я. Колективний договір може встановлювати додаткові гарантії для працівників та відповідні зобов'язання з їхнього боку перед адміністрацією. Такий договір покликаний підвищувати правові та соціальні гарантії для персоналу порівняно з тими,

---

[89] Наказ МОЗ України від 30.08.2010 № 734 «Про затвердження Примірного статуту закладу охорони здоров'я – комунального некомерційного підприємства та Примірного договору про надання медичних послуг». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0734282-10#o104.

[90] Наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16.
Наказ МОЗ України від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1008282-11.

[91] Наказ МОЗ України від 31.10.2018 № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». URL: http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-pro-vnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja.

[92] Наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117 «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02.

[93] Наказ МОЗ України від 18.12.2000 №204-о «Про затвердження Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/vb204282-00.

які встановлено трудовим законодавством. Зараз проводиться робота з перегляду колективних договорів та удосконалення їхнього змісту відповідно до нових умов функціонування ЗОЗ як комунальних некомерційних підприємств. Наприклад, Профспілка працівників охорони здоров'я підготувала зразок оновленого колективного договору[94].

Слід зазначити, що при розробці посадових інструкцій керівник ЗОЗ або уповноважений ним орган не може змінювати кваліфікаційні вимоги до посади в частині освіти і напряму підготовки, передбачені кваліфікаційною характеристикою цієї посади. Але за потреби завдання та обов'язки, включені до типової кваліфікаційної характеристики, можуть розподілятися між окремими виконавцями. Коло завдань та обов'язків окремих працівників може бути розширено за рахунок доручення їм робіт, передбачених для різних груп посад, рівних за складністю, виконання яких не потребує іншої спеціальності або кваліфікації (**Рис. 42**). Отже, в посадовій інструкції теоретично можна покласти на лікаря функції медсестри, але не навпаки.

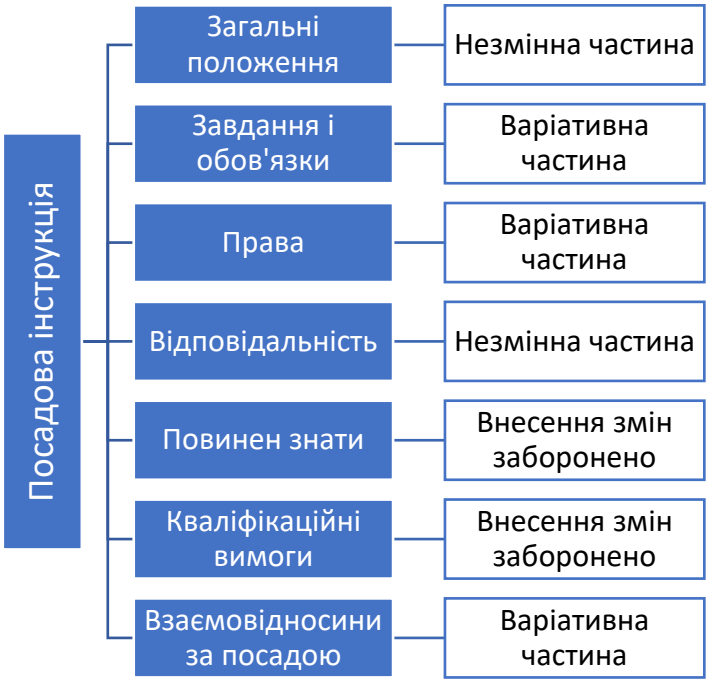


Рисунок 42. Зміст і наповнення посадової інструкції медичного працівника в Україні

Джерело: Збірник уніфікованих форм організаційно-розпорядчих документів (протокол Методичної комісії Держкомархіву України від 20.06.2006 № 3)

Як показали експертні інтерв'ю, в ЗОЗ обов'язково є персоналізовані посадові інструкції на всі посади штатного розпису. При цьому суворо контролюється їхній зміст щодо відповідності кваліфікаційним вимогам до посадових інструкцій працівників. Це зумовлено необхідністю виконання ЗОЗ Вимог до акредитації ЗОЗ[95], відповідно до яких один раз на п'ять років оцінюються наявність, зміст і своєчасність оновлення посадових інструкцій. Разом з тим, у ЗОЗ, які брали участь в експертних інтерв'ю, не було внутрішніх регламентуючих документів щодо порядку розробки і впровадження посадових інструкцій. На практиці посадові інструкції розробляють співробітники відділу кадрів, які не мають медичної освіти. У цих інструкціях формально відображено питання кваліфікаційних вимог і компетенцій медичних працівників відповідно до Національного класифікатора професій, Довідника кваліфікаційних характеристик та інших регламентуючих документів. Керівники структурних підрозділів, на

[94] Зразок колективного договору між комунальним некомерційним підприємством та профспілковим комітетом первинної профспілкової організації / Додаток 1 до постанови Президії Профспілки від 06.09.2018 № Пр7-15-20ог.
[95] Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765 «Про затвердження порядку акредитації закладу охорони здоров'я».

посади яких розробляються інструкції, практично не залучаються до їх формування. Отже, практично всюди використовуються типові посадові інструкції без визначення індивідуальних компетенцій працівників у розділах про їхні функції, права або відповідальність.

Соціально-психологічні методи допомагають визначити роль та місце працівника в колективі, виявити й підтримати лідерів, забезпечити ефективні комунікації, відвернути або вирішити конфлікти, що, в свою чергу, сприятиме нематеріальній мотивації працівника та результатам його роботи. Психологічні методи використовуються для створення найбільш сприятливого психологічного клімату в колективі, зазвичай вони спрямовані на конкретну особистість, її внутрішній світ, почуття, цінності, орієнтири поведінки.

У ЗОЗ здійснюються певні заходи, що мають соціально-психологічний вплив на працівників. Колективні договори містять положення щодо соціального захисту медичних працівників та створення сприятливого психологічного впливу, наприклад, проведення культурно-масових, фізкультурних та оздоровчих заходів, покращення умов праці. Як правило, зміст і частота проведення таких заходів визначаються індивідуально в кожному закладі на розсуд керівництва та/або профспілки. Найбільш поширені заходи: визначення найкращих працівників (подяка, нагорода, звання тощо), надання можливості брати участь у навчальних заходах, конференціях, семінарах, залучення працівників до процесу управління закладом, сприяння виступам медичних працівників у засобах масової інформації. Разом з тим, не практикується регулярна формалізована оцінка соціально-психологічного стану медичного персоналу, хоча існують дослідження щодо мотивації медичних працівників, результати яких опосередковано свідчать про соціальні чинники та психологічну атмосферу в ЗОЗ.

Переважна більшість «невдоволених» своєю роботою лікарів мають синдром вигорання (65%), але ця проблема також настигає «задоволених» медичних працівників (40% мають синдром вигорання)[96]. Респонденти з синдромом професійного вигорання демонстрували «переживання психотравматичних обставин» (46%), «редукцію професійних обов'язків» (38%), «деперсоналізацію» (35%), «розширення сфери економії емоцій» (30%), «неадекватне вибіркове емоційне реагування» (27%)[97]. Професійне вигорання медичних працівників дуже повільно визнається як проблема, але звертає увагу те, що інформація та поради переважно орієнтують лікаря з професійним вигоранням на самостійне діагностування та психорегуляцію[98]. Попри існування проблеми, запобігання професійному вигоранню та надання відповідної допомоги медичним працівникам не передбачається в рамках виконання ними службових обов'язків, що негативно впливає на рівень мотивації та якість надання медичної допомоги пацієнтам.

Перспективи талант-менеджменту. Підхід «талант-менеджмент» став відомим у 1990-х роках після звіту міжнародної консалтингової кампанії Маккінсі «Війна за таланти», хоча ідея формування та розвитку творчого потенціалу співробітників, впровадження творчих стимулів просувалась у різних бізнес-організаціях за кілька років до публікації звіту. Розуміння й термінологія талант-менеджменту ще досі формуються, зокрема для галузі охорони здоров'я[99]. У джерелах підхід талант-менеджменту переважно розглядається у двох аспектах: 1) здатність організації залучати, утримувати та створювати таланти; 2) процес управління «особливими», талановитими співробітниками. Талант-менеджмент включає кілька компонентів: пошук і наймання талантів, управління на основі результатів, навчання та розвиток талантів, менеджмент винагород та компенсацій. Талант-менеджмент не замінює собою менеджменту людських ресурсів, оскільки кількість талантів є невеликою (за даними

[96] Vezhnovets', T. (2017). The study of employee satisfaction and burnout syndrome in healthcare workers. *ScienceRise: Medical Science*, 0(2 (10)), 36–40.
[97] Там само.
[98] Шелков В.Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції / Український медичний часопис. 2009. № 2. С. 57–59.
[99] Ingram, T., & Glod, W. (2016). Talent Management in Healthcare Organizations – Qualitative Research Results. *Procedia Economics and Finance*, *39*, 339–346.

досліджень – 3–5%[100]), проте створення особливих умов і технологій управління талановитими працівниками дозволяє організації досягати більших і кращих результатів діяльності відповідно до стратегії.

Наявність стратегічного плану як основа для планування талант-менеджменту є обов'язковою умовою. Водночас, практика стратегічного планування в ЗОЗ лише починає запроваджуватися. Деякі українські ЗОЗ бюджетного сектору вже розробили документи, що містять місію, цілі та окремі розділи стратегічного плану, але це не можна вважати сталою практикою у сфері охорони здоров'я. Без розуміння стратегії ЗОЗ важко визначити, на які критичні посади важливо залучити таланти. Для впровадження талант-менеджменту необхідно мати політику або процедури, в яких буде чітко визначено критерії «таланту» відповідно до сфери діяльності, а також інструменти, опитувальники, шкали для вимірювання таланту. Приклади таких інструментів існують для бізнес-структур, але не практикуються в ЗОЗ. Для роботи з талановитими працівниками мають застосовуватися спеціальні процедури й технології, щоб їх професійний ріст відбувався швидше та ефективніше. Як показує досвід вітчизняних ЗОЗ, оцінка потреб і планування професійного росту персоналу наразі не є усталеною практикою. Відсутні політики та процедури винагород і компенсацій для талановитого персоналу.

Залучення талантів в організацію відбувається двома шляхами: «купівлі» або «вирощування» талановитого фахівця. Комунальні ЗОЗ практично не мають можливості «перекупити» талант, враховуючи практику та нормативи оплати праці, що застосовувались упродовж тривалого часу. Медичні працівники переходять на роботу в приватні ЗОЗ, але, скоріше за все, це усвідомлена стратегія і логічний результат вищого рівня оплати та умов праці в приватних ЗОЗ. У зв'язку з переходом на нову модель фінансування та створення ринкових умов є підстави вважати, що керівники будуть більш гнучкими щодо пропонування талановитому працівнику цікавих та конкурентоспроможних умов. «Вирощування» талантів ще не практикується як усвідомлена стратегія управління людськими ресурсами, але керівники комунальних ЗОЗ, приймаючи на роботу інтернів та молодих лікарів за розподілом, придивляються до них, за можливості підтримуючи їх професійний ріст і просування.

Нарешті, відсутня практика оцінки ефективності «талантів», яка б дозволила оцінити внесок таланту в досягнення цілей стратегічного плану; це видається логічним з огляду на відсутність стратегічних цілей на рівні ЗОЗ.

Висновки до розділу

- У ЗОЗ, які пройшли реорганізацію в КНП у рамках медичної реформи, замість Єдиної тарифної сітки впроваджується договірна система оплати праці персоналу, а також посилюється роль колективного договору, в якому визначаються форми і системи оплати праці, норми праці та розміри фінансових і нефінансових стимулів.
- Адміністративні методи управління КРОЗ закріплюються у статуті ЗОЗ, положеннях про ЗОЗ та його структурні підрозділи, посадових інструкціях персоналу ЗОЗ та правилах внутрішнього трудового розпорядку. З 2019 р. вперше розмежовано повноваження та відповідальність щодо управління ЗОЗ: управління адміністративного-господарськими питаннями покладається на директора, керування процесом надання якісної медичної допомоги – на медичного директора. Практика стратегічного планування лише починає запроваджуватися в ЗОЗ.
- У посадових інструкціях формально відображено питання кваліфікаційних вимог і компетенцій медичних працівників (використовуються типові інструкції). Нормативні документи щодо посадових інструкцій обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медичних сестер. Коло завдань та обов'язків окремих працівників може бути

[100] Boštjančič E and Slana Z (2018) The Role of Talent Management Comparing Medium-Sized and Large Companies – Major Challenges in Attracting and Retaining Talented Employees. *Front. Psychol.* 9:1750. URL: doi: 10.3389/fpsyg.2018.01750.

розширено шляхом доручення їм робіт, передбачених для різних груп посад, рівних за складністю, виконання яких не потребує іншої спеціальності або кваліфікації.
- У ЗОЗ не практикується регулярна формалізована оцінка соціально-психологічного стану медичного персоналу, оцінка мотивації персоналу.

Планування і рекрутинг

Донедавна питання формування потреби в кадрах на рівні окремих ЗОЗ було чітко врегульовано наказом МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», що втратив чинність у 2016 р. Цим наказом було визначено штатну чисельність посад усіх працівників ЗОЗ від керівного складу до обслуговуючого і допоміжного персоналу в розрахунку на ліжко-місця (для стаціонарів), населення прикріпленої території (для амбулаторно-поліклінічних підрозділів) та кількість досліджень (для параклінічних служб). Втрата чинності наказу № 33 повинна була «розв'язати руки» керівникам ЗОЗ для самостійного планування кадрів, проте мала обмежений вплив. Штатний розпис дуже тісно пов'язаний з системою лінійного (постатейного, спрямованого на утримання закладу) бюджетного фінансування закладу за визначеними кодами видатків, і ця система залишилася незмінною: керівник може змінювати штатний розпис закладу, але лише в межах кошторисних призначень статті оплати праці та нарахувань. Також відсутня мотивація до раціоналізації штатного розпису, оскільки скорочення окремих посад на має значного впливу на економію коштів.

За результатами експертних інтерв'ю планування кадрового забезпечення в ЗОЗ залишається заснованим на положеннях відміненого наказу № 33, який набув нібито «рекомендаційного характеру», хоча насправді не має такої ролі. Після втрати чинності наказу № 33 керівники ЗОЗ здебільшого не вносили змін ні до штатного розпису, ні до наявної практики планування кадрового забезпечення. Зміни, які подекуди впроваджувалися, були ситуативними і не мали системного характеру. Наприклад, відкривалися нові підрозділи на базі наявних без розширення штатного забезпечення.

> *«Хоча наказ 33 і було відмінено, принципи виділення бюджетних коштів на статті заробітної плати та нарахувань на неї не змінилися, і ми отримуємо фінансування на наявний штатний розпис закладу на кінець попереднього календарного року. Тому реально 33 наказ щодо планування штатів набув для нас рекомендаційного характеру».*
>
> (Головний лікар спеціалізованого ЗОЗ обласного підпорядкування)

Експерти відмічали, що сьогодні відсутня стратегія розвитку кадрового потенціалу ЗОЗ. На думку опитаних керівників закладів, така ситуація склалася через низку проблем:
- перебування у стані «очікування структурних змін», зокрема переходу всіх бюджетних ЗОЗ на нові форми господарювання;
- дефіцит медичних кадрів, дисбаланс за географічною ознакою (місто/село) і за спеціальностями (вузькопрофільні спеціалісти / сімейні або дільничні лікарі);
- зниження якості кадрів, яке проявляється у низькій конкурентоспроможності випускників медичних ЗВО та зростанні міжгалузевої і трудової міграції;
- обмежені можливості мотивації кадрів до працевлаштування в бюджетні ЗОЗ.

> «*Купити високотехнологічне обладнання зараз набагато легше, ніж знайти спеціаліста, який зможе на ньому працювати. І навіть якщо ми його знайдемо, у нас немає ніяких механізмів його мотивації до працевлаштування, в першу чергу фінансових*».
>
> (Головний лікар центральної районної лікарні)

Чинні нормативні засади планування кадрового забезпечення на рівні ЗОЗ дають змогу впровадити нові підходи лише за умови зміни форми власності, зокрема переходу в комунальне медичне некомерційне підприємство.

Нині питання залучення лікарів та медичних сестер повністю лягло на плечі самих ЗОЗ. Проблема пошуку кваліфікованих кадрів для зайняття вакантних посад, можливо, є менш актуальною для бюджетних ЗОЗ обласних центрів та великих міст, тоді як для ЗОЗ маленьких міст і сільської місцевості ця проблема загострюється.

> *«[Якщо] ще кілька років тому в нас була проблема знайти лікарів і медичних сестер для роботи в сільських амбулаторіях та спеціалістів непопулярних спеціальностей (наприклад, рентгенологів, патологоанатомів, лаборантів), то тепер є проблема зайняти вакантні посади навіть високопопулярних спеціальностей лікарів – невропатологів, пульмонологів, урологів та інших. Ніхто не хоче їхати працювати в маленьке містечко».*
>
> (Головний лікар районної лікарні)

У 2017 р., коли набув чинності Закон України № 1662-VIII «Про внесення змін до Закону України «Про вищу освіту» щодо працевлаштування випускників», було скасовано один з механізмів залучення кадрових ресурсів до бюджетних ЗОЗ – обов'язкове відпрацювання випускниками вищих закладів освіти, підготовка яких здійснювалася за державним замовленням (бюджетна форма навчання). Передбачалося, що випускники ЗВО, за винятком військових[101], вільні у виборі місця роботи, а ЗВО не зобов'язані здійснювати їх працевлаштування. Зазвичай ЗОЗ щорічно подавали до управлінь або департаментів охорони здоров'я державних адміністрацій замовлення на заповнення наявних вакансій медичних працівників у розрізі спеціальностей. На основі цих замовлень державні комісії при закладах вищої медичної освіти щорічно проводили розподіл випускників на наявні вакансії в галузі. Розподіл переважно спрямовувався на вирівнювання дисбалансу між спеціалізованою та первинною медичною допомогою і на усунення дефіциту медичних спеціалістів на первинній ланці медичної допомоги в сільській місцевості. Випускники, які працевлаштовувалися за направленням, проходили інтернатуру за бюджетні кошти. Цей механізм мав багато недоліків, зокрема був антиконституційним у частині обов'язкового відпрацювання та включав виражену корупційну складову.

В умовах відсутності реального ринку медичних кадрів серед ЗОЗ бюджетного сектору конкурсна основа прийому на роботу не передбачена, тому пошук потенційних претендентів переважно проводиться через знайомих та колег. За словами експертів, окремі заклади мають практику публікації оголошень про вакансії на рекрутингових веб-сайтах або в інших засобах інформації, проте це не є ефективним для залучення спеціалістів.

Основним критерієм добору медичних кадрів залишається відповідність претендента формальним вимогам посади фахівця, на яку він претендує. У цьому питанні керівники закладів орієнтуються здебільшого на два документи: Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 Охорона здоров'я (наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117) та типові посадові інструкції працівників охорони здоров'я за фахом. Перелік формальних вимог до претендента включає наявність диплома про вищу медичну освіту з кваліфікацією, документ про проходження інтернатури або спеціалізації, посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії. В умовах дефіциту медичних кадрів оцінка відповідності претендента посаді проводиться формально і часто обмежується відповідністю наявних документів формальним вимогам.

Формат співбесіди та неформальні критерії відбору під час співбесіди зазвичай не є стандартизованими і визначаються на розсуд керівника ЗОЗ та/або керівника відділу кадрів.

[101] Офіцери медичної служби підлягають розподілу за місцем служби.

Як свідчать інтерв'ю з керівниками ЗОЗ, при розгляді кандидатури претендента є практика контактувати з керівниками закладів, де раніше працював претендент, для отримання усного відгуку про нього. Разом з тим, керівники відділу кадрів повідомляють, що в умовах низької плинності кадрів багато претендентів приходять після інтернатури й надалі не змінюють місця роботи.

Висновки до розділу

- Чинне нормативне регулювання ЗОЗ бюджетного сектору, які не пройшли реорганізацію в КНП, не дозволяє здійснювати планування та раціоналізацію КРОЗ попри втрату чинності наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». Керівники таких ЗОЗ можуть змінювати штатний розпис закладу лише в межах кошторисних призначень статті оплати праці та нарахувань.
- Враховуючи те що планування КРОЗ є обмеженим, а плинність кадрів – низькою, реальний ринок медичних кадрів у бюджетному секторі відсутній. Конкурс на посаду є формальним, ключова вимога – номінальна відповідність Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників та типовим посадовим інструкціям, а не наявність реальних компетенцій. Рекрутинг здійснюється переважно через знайомих та колег, а не формалізовані джерела: рекрутингові служби, публікації оголошень тощо.

Умови праці та організаційні практики

Зважаючи на те що повна характеристика інституційного середовища в бюджетних ЗОЗ є досить широкою, в цьому ситуаційному аналізі розглянуто окремі компоненти, які відображають рівень привабливості, безпечності та зручності виробничого середовища для лікарів та медичних сестер. Проаналізовано складові інституційного середовища:

- умови праці, включаючи облаштування робочих місць, забезпеченість необхідним обладнанням та устаткуванням, безпека і захищеність на робочому місці;
- організаційні практики: формування бачення розвитку, участь у командній роботі, наявність механізмів залучення до планування та прийняття рішень тощо.

Умови праці

Необхідний мінімальний набір умов праці медичних працівників у бюджетних ЗОЗ загалом забезпечується. Облаштування робочого місця медичного працівника регламентовано примірними табелями оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення, які затверджено, зокрема, наказами МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування», від 26.01.2018 № 148 «Про затвердження примірного табеля матеріально-технічного оснащення ЗОЗ та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу» тощо. Відповідність забезпеченості ЗОЗ медичною технікою та медичними виробами вимогам контролюється на етапі отримання закладом охорони здоров'я ліцензії на медичну практику за визначеними спеціальностями (Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285). Також контроль питання відповідності матеріально-технічного забезпечення робочих місць медичних працівників функціям, які вони виконують за посадою, перевіряється щонайменше кожні п'ять років під час проходження закладом охорони здоров'я державної акредитації (Стандарти акредитації ЗОЗ, наказ МОЗ України від 14.03.2011 № 142).

Загалом керівники ЗОЗ, які взяли участь у глибинних інтерв'ю, оцінили облаштування робочого місця як достатнє в аспекті забезпеченості необхідним обладнанням та медичними виробами. У той же час, практично всі респонденти вказували на те, що їм бракує більш нового, високотехнологічного обладнання, яке б дало можливість максимальної професійної

самореалізації. За результатами дослідження Р.Л. Картавцева, можливість надавати медичну допомогу у визначених клінічними протоколами обсягах у закладах спеціалізованої медичної допомоги мають 20% опитаних лікарів, у закладах високоспеціалізованої медичної допомоги – 37.5%[102]. Найбільше задоволені забезпеченістю високотехнологічним обладнанням акушери-гінекологи (58%) та хірурги (53%), а найменше – пульмонологи (32%) та анестезіологи (30%).

Іншим важливим компонентом оцінки умов праці медичних працівників у бюджетних ЗОЗ є відповідність фізичного середовища комфортним умовам праці, рівень безпечності виробничого середовища та рівень психологічного комфорту. Ці питання врегульовано статтями 259–260 КЗпП та колективним договором у ЗОЗ, де передбачено процедуру атестації робочих місць із визначенням шкідливих умов праці та отримання працівниками відповідних пільг, компенсацій та/або періодичних профілактичних медичних оглядів на безоплатній основі. Окремо передбачено та виконується в обов'язковому порядку право медичних працівників на соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також право на всі передбачені законодавством види соціального страхування. Також урегульовано питання забезпечення медичного персоналу санітарним одягом і засобами індивідуального захисту, і це питання контролюється (пункт 7.7 Стандартів акредитації ЗОЗ) на постійній основі.

За результатами інтерв'ю з експертами було виявлено низький рівень поінформованості лікарів та медичних сестер про заходи, які здійснюються з метою створення комфортних та безпечних умов праці, зокрема щодо страхування на випадок виникнення професійного захворювання, захворювання на туберкульоз, інфікування ВІЛ. Виняток становлять є лише медичні працівники спеціалізованих ЗОЗ – протитуберкульозних диспансерів або центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

Захищеність медичних працівників від неправомірних або агресивних дій відвідувачів медичних закладів окремо не врегульовано в ЗОЗ. Наявність охорони або системи екстреного виклику поліції нормативними документами не вимагається. В окремих ЗОЗ є штатна охорона, яка може реагувати у випадку виникнення екстрених ситуацій, але це не є поширеною та обов'язковою практикою.

> *«У нас у закладі питання захисту медичних працівників від агресивних дій відвідувачів не врегульовано. Та й вимог таких немає. Є випадки неадекватної поведінки відвідувачів, але фізичних агресивних дій не було. Якщо виникнуть – викличемо поліцію».*
>
> (Завідувач відділення районної лікарні)

Організаційні практики

Загалом у більшості ЗОЗ залишилася традиційна практика короткострокового планування розвитку на наступний бюджетний рік. На думку керівників закладів, основна проблема відсутності довготривалого стратегічного планування роботи закладу полягає у двох визначальних чинниках:

- *Нинішня система бюджетного фінансування у формі лінійного бюджету з чітко визначеними статтями видатків у межах одного календарного року*. Це не дає змоги планувати впровадження довгострокових та середньострокових інвестиційних проектів для покращення матеріально-технічної бази. Керівник, віднайшовши якісь ресурси в поточному році на початок інноваційного проекту, не може прогнозувати наявність ресурсів на його продовження в наступному і не має навіть теоретичної можливості акумулювати ресурси на наступний рік у поточному календарному році.

[102] Картавцев Р.Л. Медико-соціальне обґрунтування моделі забезпечення закладів охорони здоров'я України високовартісним обладнанням та ефективності його використання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. 14.02.03. Ужгород, 2019. 21 с.

- *Невизначеність умов функціонування закладу в процесі реформування системи охорони здоров'я* (форма господарювання, автономність, можливість залучення кредитних коштів тощо). Відсутнє розуміння того, в якому обсязі, з яких джерел та з якою періодичністю буде надходити фінансування, яка частка комунального бюджету йтиме на утримання закладу, як буде здійснюватися передача майна при переході підприємства в оперативне управління тощо.

Усі наради з питань розвитку закладу або його структурних підрозділів, які відбуваються в ЗОЗ, проводяться переважно за участю керівника, його заступників, керівників структурних підрозділів та фінансових служб. У багатопрофільних медичних закладах до таких нарад можуть залучатися обласні або районні спеціалісти за спеціальностями. Інформування працівників закладів відбувається вже на нарадах у структурних підрозділах на етапі початку реалізації проекту розвитку та з урахуванням ступеня їх причетності до реалізації. Практикуючі лікарі-ординатори, медичні сестри відділень рідко залучаються до розробки таких планів. Практика створення спеціальних робочих груп фахівців, команд із розробки планів розвитку за участю практикуючих лікарів та медичних сестер є мало поширеною.

> *«Інформацію про плани розвитку і проекти змін у закладі ми отримуємо на наших медичних радах від керівництва лікарні. І тоді на нарадах у відділеннях інформуємо працівників».*
>
> (Завідувач відділення районної лікарні)

Висновки до розділу

- Загалом робочі місця медичних працівників у ЗОЗ бюджетного сектору забезпечені необхідним мінімальним набором медичного обладнання та медичних виробів для виконання ними своїх професійних функцій. У той же час, рівень забезпеченості високотехнологічним обладнанням для реалізації медичними працівниками своїх професійних компетенцій та виконання в повному обсязі вимог клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями є недостатнім.
- Медичні працівники недостатньо інформовані про заходи їх соціального захисту на робочому місці, що негативно впливає на рівень їх задоволеності умовами праці. Питання забезпечення ефективного захисту медичного персоналу від неправомірних або агресивних дій відвідувачів медичних закладів та пацієнтів здебільшого не врегульовано, і медичні працівники не вважають себе захищеними на робочому місці під час виконання професійних обов'язків.
- Формування бачення закладу, його місії та перспективних планів розвитку в бюджетних ЗОЗ реалізується на рівні адміністрації та керівників структурних підрозділів. Стратегічне планування із залученням лікарів та медичних сестер здійснюється рідко, загальне бачення розвитку закладу в довгостроковій або середньостроковій перспективі у співробітників структурних підрозділів практично відсутнє.

Оцінка ефективності діяльності персоналу

Ключові показники ефективності (КПЕ) зазвичай розглядаються як інструменти для прийняття рішень у рамках управління персоналом. Ці показники мають надавати менеджерам достовірну інформацію про сильні та слабкі сторони персоналу, тим самим допомагати покращувати управлінську ефективність. КПЕ також можуть використовуватися для визначення фінансових стимулів в організаціях, де оплата праці залежить від результативності.

Є різні моделі розробки КПЕ. Одна з найпоширеніших моделей – збалансована система показників (Balanced scorecard)[103], розроблена Капланом та Нортоном, відповідно до якої ефективність діяльності розглядається в чотирьох вимірах: *перспектива отримувача послуги* – наскільки діяльність персоналу закладу охорони здоров'я відповідає потребам та очікуванням пацієнтів; *перспектива внутрішнього менеджменту* – наскільки діяльність персоналу закладу охорони здоров'я відповідає визначеним стратегіям, стандартам та протоколам; *перспектива постійного вдосконалення* – наскільки персонал закладу охорони здоров'я залучається до навчання впродовж життя, участі у професійних заходах, конференціях тощо; *фінансова перспектива* – ефективність використання ресурсів для досягнення визначених цілей.

На національному рівні роль та види КПЕ у сфері охорони здоров'я частково визначено в нормативно-правових документах, які регулюють систему якості медичної допомоги в Україні:

- наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»[104];
- наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»[105];
- наказ МОЗ України від 06.08.2013 № 693 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги»[106];
- наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги»[107].

Жоден із наведених документів не містить переліку конкретних та вимірюваних індикаторів оцінки якості медичної допомоги. Разом з тим, у рамках пілотного проекту в чотирьох регіонах України було сформовано систему індикаторів якості медичної допомоги відповідно до вимог статті 11 Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»[108], який був чинним з 04.08.2011 по 01.01.2015. На виконання вказаної статті Закону індикатори якості медичної допомоги було затверджено наказом МОЗ України від 02.11.2011 № 743[109]. Ці індикатори відображали КПЕ у вимірі перспективи внутрішніх процесів (якість послуг) та перспективи пацієнтів (задоволеність). Індикатори здебільшого фокусувалися на охопленні послугами і на результативності лікування; їх було структуровано за рівнями надання допомоги, а не за категоріями персоналу. Задоволеність пацієнтів пропонувалося аналізувати тільки в межах вторинної та третинної допомоги.

Відповідно до положень про контроль якості, вимірювання визначених показників для лікарів та медсестер здійснюється як експертна оцінка медичної ради закладу, до якої зазвичай входять керівник закладу, завідувачі відділень і старші медсестри. Кожен з індикаторів для лікарів та медсестер має певну кількість балів та коефіцієнти зниження оцінки у випадку виявлення порушень. Якщо оцінка є низькою, робота працівника розглядається на зборах трудового колективу, де приймається відповідне рішення про усунення недоліків. Нормативні документи здебільшого не визначають, як часто має здійснюватися така оцінка і яка вибірка хворих чи медичної документації береться до уваги. Часто індикатори є досить абстрактними, і їх складно виміряти. Наприклад, у Волинській обласній клінічній лікарні було визначено 60 показників ефективності діяльності та якості медичної допомоги, серед яких 16 показників

[103] Kaplan, R.S., & Norton, D.P. (2007). Balanced scorecard. In *Das Summa Summarum des Management* (pp. 137–148). Gabler.
[104] URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11.
[105] URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12.
[106]:URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16.
[107] URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13.
[108] Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17.
[109] Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1328-11.

вимірюються на рівні закладу без зазначення категорії персоналу, 17 показників характеризують діяльність лікарів та 27 показників – діяльність медичних сестер[110].

У грудні 2013 р. прийнято постанову Кабінету Міністрів України № 977, якою затверджено Порядок встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи медичним працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу[111]. Документ містить перелік КПЕ, які можуть бути основою фінансових стимулів для лікарів та медсестер на первинній ланці за обсяг і якість виконаної ними роботи. Всі показники орієнтовано на кількість прикріпленого населення; вони є однаковими для лікарів і медсестер:

- показник рівня виявлення онкологічних захворювань на ранній стадії (I і II стадії) серед хворих, у яких вперше виявлено візуальні форми раку (показник дорівнює середньорегіональному або перевищує його);
- показник виконання плану проведення скринінгових досліджень виявлення раку шийки матки (цільове значення: 70% і більше);
- показник виконання плану проведення флюорографічного обстеження групи медичного ризику (цільове значення: 90% і більше);
- показник питомої ваги пацієнтів з кислотно-стійкими бактеріями (+) у мокротинні серед усіх хворих з підозрою на туберкульоз або його рецидив, яких було обстежено бактеріоскопічно в туберкульозних лабораторіях I рівня після звернення по медичну допомогу до закладів первинної медико-санітарної допомоги (цільове значення: від 5% до 10% включно);
- показник питомої ваги дітей віком до шести місяців включно, які впродовж звітного періоду перебували на грудному вигодовуванні (цільове значення: 60% і більше);
- показник виконання календарного плану проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до трьох років (цільове значення: 95% і більше);
- показник рівня первинної захворюваності на гострий інфаркт міокарда та гострий інсульт серед населення працездатного віку на 1 тис. осіб прикріпленого населення відповідного віку (не перевищує середньорегіонального рівня);
- показник рівня госпіталізації до ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в стаціонарних умовах, на 100 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання чи перебування, цільове значення не встановлено);
- показник кількості виїздів за викликами екстреної медичної допомоги до хронічних хворих на 1 тис. осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування); (не перевищує середньорегіонального рівня);
- показник кількості консультативних висновків з приводу захворювання, наданих лікарем вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних умовах, на 1 тис. осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування); не перевищує середньорегіонального рівня).

Кожен з показників має оцінюватися окремо для лікаря та медичної сестри, проте не визначено, як це здійснювати: наприклад, як оцінити внесок медсестри у виконання плану проведення скринінгових обстежень або виявлення онкологічних захворювань на ранніх стадіях. Для керівників оцінюється досягнення визначених показників на рівні закладу.

Слід зазначити, що ЦПМСД, які пройшли реорганізацію в КНП, зараз мають більший прогрес у розробці та оцінці КПЕ, ніж інші заклади. Після зміни принципу фінансування таких закладів і надання їхнім керівникам можливостей для більшої гнучкості у прийнятті рішень поширеною практикою стало коригування колективних договорів з персоналом та внесення змін у схеми стимулювання, в тому числі визначення КПЕ. КПЕ, які «прив'язуються» до фінансових

[110] Наказ Волинської обласної клінічної лікарні від 01.06.2017 № 44-од «Про порядок контролю якості медичної допомоги в обласній клінічній лікарні». URL: http://vokl.com.ua/dlya-medychnogo-personalu/.
[111] Постанова Кабінету Міністрів України від 30.12.2013 № 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/977-2013-%D0%BF.

стимулів, зазвичай є більш конкретними та вимірюваними. Наприклад, у ЦПМСД Дніпровського району м. Києва з квітня 2019 р. встановили КПЕ для сімейних лікарів та медичних сестер, які включають п'ять показників (**Табл. 9**).

Таблиця 9. Показники ефективності діяльності та якості медичної допомоги у ЦПМСД № 1 Дніпровського району м. Києва, наказ від 17.04.2019 № 103

Індикатор	Метод оцінки	Вимір преміювання	Періодичність оцінювання
Рівень вакцинопрофілактики на рівні практики ПМД (кількість щеплень)	% виконання річного плану вакцинації за звітний період: I квартал – 23% і більше; II квартал – 47% і більше; III квартал – 73% і більше; IV квартал – 95% і більше від річного плану.	100% від посадового окладу	Щоквартально
Виявлення випадків туберкульозу	Кожен випадок, виявлений активно лікарем при профогляді у осіб, які належать до групи підвищеного ризику	10% від посадового окладу	Щомісячно
Виявлення випадків ВІЛ швидкими тестами та методом ІФА	Кожен випадок, виявлений лікарем	50% від посадового окладу	Щомісячно
Активне виявлення лікарем ранніх стадій візуальних форм онкопатології	Кожен випадок, виявлений активно лікарем	10% від посадового окладу	Щомісячно
Забезпечення путівкою на санаторно-курортне лікування дитячого населення з диспансерної групи	Реалізована путівка	10% від посадового окладу	Щомісячно

Керівники ЗОЗ по-різному ставляться до системи КПЕ. Частина керівників розглядає їх винятково як інструмент фінансової мотивації, підставу для визначення розміру премій чи надбавок. Інші вважають їх елементом системи контролю якості медичної допомоги, яка впроваджується на виконання відповідних нормативно-правових актів. Рідше зустрічається розуміння того, що вимір КПЕ має бути рутинною практикою для покращення ефективності управління та функціонування закладу. В ході інтерв'ю окремі керівники висловили думку про те, що система КПЕ може мати негативний вплив на працівників, збільшуючи психологічне навантаження.

> *«Як розумію, основне завдання КПЕ – це диференціація оплати праці: чим вищі КПЕ, тим вищий рівень оплати праці».*
>
> (Заступник головного лікаря обласної клінічної лікарні)

> *«Для мене КПЕ – це, скоріше, інструмент надання зворотного зв'язку. Вони повинні відображати, як участь людини відображає цілі компанії».*
>
> (Головний лікар приватної клініки)

ЗОЗ здебільшого мають показники ефективності, що стосуються ефективності роботи підрозділу чи закладу загалом. Окремі індикатори для різних категорій персоналу менш поширені. У закладах, де застосовуються показники ефективності для персоналу, окремою проблемою є суб'єктивність таких показників. Це відмічають як працівники державних, так і приватних закладів. На думку керівників ЗОЗ, менеджери підрозділів розуміють, які є

проблеми з персоналом і наскільки ефективно виконується робота, проте це не є формалізованою системою оцінки з визначеними часовими інтервалами збору та відображення даних, розробленими інструментами. Скоріше, застосовується формат супервізії діяльності у випадку виявлення порушень.

Загалом приватні ЗОЗ мають більший досвід у впровадженні КПЕ, зокрема у вимірюванні операційної, адміністративної ефективності, а також фінансової перспективи (**Рис. 43**). Це можна пояснити тим, що керівники приватних клінік більше зацікавлені не тільки у формуванні системи якісної медичної допомоги, а і в налагодженні ефективного бізнес-процесу загалом, що вимагає регулярного аналізу даних, у тому числі щодо діяльності персоналу. Інший аспект – краща забезпеченість приватних ЗОЗ електронними медичними інформаційними системами (МІС). Деякі МІС дозволяють вбудувати систему КПЕ, збирати дані та відображати результати в режимі реального часу.

Проблемним аспектом є розробка КПЕ для медичних сестер. Маючи чіткі алгоритми дії, вони зазвичай працюють у команді з лікарем, і їх внесок важко виміряти окремо, якщо не враховувати експертну оцінку та спеціальні дослідження. ЗОЗ, які мають фінансові та адміністративні КПЕ для персоналу (дохідність, логістичні процеси і т. д.), що вимірюються на основі МІС, зазвичай аналізують їх тільки для лікарів. Жоден із керівників ЗОЗ, які брали участь в інтерв'ю, не повідомив про наявність КПЕ для немедичного персоналу, зокрема керівників підрозділів. З іншого боку, необхідність таких показників підкреслювалася.

Фінансова ефективність
Частка виконаного обсягу послуг від запланованого (для лікарів)
Середня дохідність за годину (для лікарів)
Адміністративна ефективність
Середня тривалість очікування пацієнта під час амбулаторного прийому (для лікарів)
Частка затриманих прийомів (для лікарів)
Частка часу, витраченого на прийоми, від загального робочого часу (для лікарів)
Повнота заповнення медичної документації (для лікарів та медсестер)
Частка медичної документації, яку було здано вчасно (для лікарів та медсестер)
Відгуки пацієнтів
Середній рівень задоволеності роботою персоналу (для лікарів та медсестер)
Наявність зареєстрованих скарг пацієнтів (для лікарів та медсестер)
Навчання та вдосконалення
Участь у конференціях чи професійних заходах з підготовкою доповіді та виступом (для лікарів та медсестер)
Участь у тренінгах чи стажуваннях (для лікарів та медсестер)
Участь у менторстві та поширенні досвіду: проведення тренінгів чи навчання для співробітників або пацієнтів, підготовка медійного контенту (для лікарів та медсестер)

Рисунок 43. КПЕ, які використовуються у приватних ЗОЗ в Україні, за результатами інтерв'ю з експертами

В Україні оцінка рівня задоволеності пацієнтів персоналом ЗОЗ є фактично одним з небагатьох показників ефективності діяльності, який систематично відстежується. Керівники ЗОЗ здебільшого погоджуються, що низькі оцінки рівня задоволеності пацієнтів не мають використовуватися для покарання, зокрема зменшення премій чи надбавок, а, скоріше, є інструментом визначення прогалин. Наприклад, низькі оцінки щодо зрозумілості лікарських пояснень чи доброзичливості можуть стати сигналом для проведення додаткових тренінгів з

комунікації. Дизайни досліджень рівня задоволеності пацієнтів у ЗОЗ мають суттєву варіацію стосовно рівня оцінки (заклад загалом, окремі категорії персоналу чи конкретні спеціалісти), а також формату збору даних і запитань. За результатами інтерв'ю з експертами було виявлено такі практики:

- *Дошка відгуків у загальній зоні*. В одному з ЦПМСД на додаток до кількісного виміру рівня задоволеності пацієнтів застосовується якісний підхід, коли пацієнти можуть висловити будь-які свої думки про отримані послуги та персонал на дошці відгуків. Перевагою такого підходу є неструктурований спосіб збору даних, коли можна отримати відповіді, не закладені в анкету. Проте такий спосіб не дозволяє пацієнтам залишити анонімний відгук, і це може мати суттєвий вплив на зміщення результатів у позитивний бік.
- *Паперове анкетування*. Це найпоширеніший спосіб отримання інформації про рівень задоволеності пацієнтів у бюджетних ЗОЗ. Співробітник закладу роздає структуровані анкети пацієнтам, які очікують своєї черги на прийом чи на госпіталізацію або розміщуються в загальній зоні, де можуть взяти анкету самостійно. Такий спосіб більшою мірою допомагає зберегти анонімність. Недоліком є те, що не контролюється момент заповнення анкети: до чи після отримання послуги. Також у такому анкетуванні можливий зсув у бік певних категорій пацієнтів, які більше схильні до заповнення анкет.
- *«Таємний покупець».* Це практика, спрямована на оцінювання досвіду, отриманого пацієнтом у процесі консультування чи госпіталізації, а також для визначення рівня дотримання стандартів надання медичної допомоги. Частіше застосовується для оцінки співробітників рецепції/реєстратури та телефонної підтримки, ніж медичного персоналу. Перевагою цього методу є отримання більш об'єктивних даних щодо якості послуг. Разом з тим, це дослідження є дорожчим за анкетування і вимагає належної підготовки «таємного покупця».
- *Анкета задоволеності на веб-сайті закладу*. Альтернатива паперового анкетування – електронні анкети, розміщені на офіційній сторінці закладу або в соціальних мережах. Прикладом є анкета оцінки сімейного лікаря в ЦПМСД м. Мукачева Закарпатської області[112], яка містить сім запитань щодо характеристик респондента, 17 запитань для оцінки роботи лікаря і шість запитань про лікувальний заклад. У порівнянні з паперовим анкетуванням електронна анкета полегшує збір та обробку даних. Ключовий недолік цього способу – неможливість проконтролювати, хто саме заповнює анкету: чи справді це пацієнти цього закладу та чи справді вони отримували послуги.
- *Анкетування електронною поштою*. Розсилання посилань на анкети через електронну пошту поширене у приватних клініках. Такий спосіб дає більше контролю щодо респондентів, які заповнюють анкету. Проблемою є, як правило, низький рівень заповнення анкет.
- *Анкетування через QR-коди в кабінетах лікарів чи палатах стаціонару*. Одна з інноваційних практик, що застосовується у приватних ЗОЗ, – електронне анкетування через QR-коди з посиланням на анкету, які можуть встановлюватися, наприклад, на дверях кабінетів у стаціонарних відділеннях. Госпіталізовані пацієнти можуть у будь-який момент перейти за посиланням, використовуючи мобільні телефони, і пройти анкетування.
- *Випадкові запитання на рецепції*. Проблема більшості анкетувань для вимірювання задоволеності – низький рівень повернення анкет, зокрема через велику кількість запитань. Вирішенням цієї проблеми може бути ротація запитань серед пацієнтів. У одній з приватних клінік застосовується така практика. Було визначено п'ять ключових запитань щодо рівня задоволеності пацієнта лікарем, кожне з яких оцінюється за шкалою від одного до десяти. Після отримання медичної послуги, коли пацієнт повертається до рецепції, електронна система генерує одне з запитань. Враховуючи те що відповідь на одне запитання не потребує багато часу, більшість пацієнтів

[112] Анкета «Оцінка роботи Вашого сімейного лікаря Центру ПМСД м. Мукачева». URL: https://www.cpmsd-mukachevo.com/медична-інформація/опитування.

погоджується відповісти. Відповіді безпосередньо пов'язані з лікарем, який надавав послуги, проте не фіксується, який саме пацієнт відповідав. Результати обробляються в режимі реального часу і доступні для лікарів.

Висновки до розділу

- Бачення системи оцінки ефективності персоналу суттєво відрізняється серед керівників ЗОЗ. Це зумовлює незбалансований підхід до оцінки персоналу, коли основну увагу керівники зосереджують винятково на клінічних результатах (таких як охоплення послугами, летальність) або, навпаки, на фінансових або операційних показниках.
- У бюджетному секторі основним інструментом оцінки ефективності лікарів та медсестер залишається атестація. Поза нею оцінка ефективності персоналу не є системною і скоріше є наслідком розслідування певних порушень/помилок, ніж рутинною практикою.
- Індикатори якості медичної допомоги та ефективності діяльності лікарів, визначені в нормативних документах національного рівня або рівня закладів охорони здоров'я, часто не конкретні, не вимірювані й не мають чітких часових рамок. Переважає експертна бальна оцінка, яка може бути досить суб'єктивною. Одна з основних причин відсутності КПЕ – це обмеження системи збору даних, необхідних для оцінки показників.
- В Україні відсутня практика, коли результати оцінки КПЕ персоналу, зокрема щодо якості медичних послуг та задоволеності пацієнтів, є частиною публічної інформації.

Стимули і мотивація

Незважаючи на низку законодавчих та нормативних документів, що визначають умови праці медичних працівників, а також зміну моделі фінансування медичних послуг (див. розділ «**Економічні методи»**), є підстави вважати, що в системі управління кадрами рівень доходів медичних працівників не є достатнім методом впливу та мотивації. Несправедлива та неконкурентна оплата праці залишається основною проблемою низької мотивації до роботи в медичному секторі, на думку як лікарів, так і медсестер. Відповідно до останніх досліджень щодо розміру бажаної заробітної плати в Україні, в середньому лікарі вважали зарплату у 650 доларів США як задовільну та справедливу; це більш як уп'ятеро перевищує нинішню оплату праці в бюджетних медичних закладах[113]. За результатами опитування медичних працівників ЗОЗ, у яких можуть надаватися ВІЛ-послуги, майже половина респондентів (46%) зазначили, що вони не задоволені рівнем своєї заробітної плати[114]. Опосередковано про незадоволеність медичних працівників рівнем оплати праці свідчать численні дослідження про неформальні платежі пацієнтів. За результатами опитування медичного персоналу первинної ланки, переважна більшість респондентів (72%) зазначили, що вони отримували від пацієнтів неформальні грошові платежі, тому що це усталена практика, коли пацієнти «бажають віддячити лікарю»[115].

В умовах гнучкого визначення системи оплати праці особливого значення набувають стимули та мотиватори для медичних працівників, які можуть забезпечувати їх утримання та покращення ефективності їхньої роботи. Ключова відмінність між стимулами та мотиваторами в тому, що стимули – це зовнішні чинники, які спонукають персонал до певної дії (зазвичай це рішення керівництва закладу та нормативні документи, що надають певні переваги та вигоди).

[113] The World Bank. 2018. Tracking the Health Resources in Ukraine. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.
[114] Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte. Київ, 2017. 236 с.
[115] Обсяг неформальних платежів в Україні на рівні первинної медичної допомоги / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». Київ, 2018.

Натомість мотиватори є внутрішнім обґрунтуванням певної дії працівника з урахуванням його власних цінностей та потреб.

Розглядають фінансові та нефінансові стимули і мотиватори. Фінансові стимули та мотиватори також поділяють на прямі (отримання грошової винагороди) і непрямі (отримання оплачених послуг). Нефінансові стимули і мотиватори включають різні аспекти умов праці, визнання результатів і досягнень, а також можливість розвитку та вдосконалення.

Фінансові стимули

Хоча законодавство визначає можливості фінансового заохочення медичних працівників на додаток до основної оплати праці, керівники закладів бюджетного сектору медицини зазначають, що в реальності оплата праці майже не залежить від обсягу та якості наданих послуг (число прийнятих пацієнтів, ефективність лікування тощо). Така ситуація пояснюється двома причинами: по-перше, відсутністю чітких механізмів та інструментів вимірювання показників обсягу та якості послуг для окремих категорій медичного персоналу; по-друге, тим, що надбавки та премії скоріше розглядаються як інструмент утримання персоналу в умовах низької заробітної плати, ніж стимули, які необхідно «заслужити» («*Зараз премія у нас знецінена. Вона використовується, щоб «витягнути» зарплату»,* – керівник ЦПМСД).

Обов'язкові надбавки. Доплати і надбавки можна умовно поділити на компенсаційні (за додаткове навантаження, особливі умови праці тощо) та стимулюючі (за кваліфікаційну категорію, науковий ступінь, знання іноземних мов тощо). Крім низки перерахованих надбавок до заробітної плати, важливим економічним «персональним» стимулом є також доплата за лікарський стаж медичним працівникам державних та комунальних ЗОЗ. Порядок виплати надбавки за вислугу років медичним працівникам державних та комунальних ЗОЗ затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 29.12.2009 № 1418[116]. Вона є обов'язковою виплатою. Менш поширеним є стимулювання за стаж у конкретному закладі. Це більше практикується у приватних клініках, де державні категорії медичних працівників чи вислуга років мають меншу вагу при визначенні розміру оплати праці.

Прямі фінансові стимули за роботу в сільській місцевості. В окремих районах місцеві бюджети фінансують спеціальні надбавки для медичних працівників, які працюють у районах. Наприклад, у Галицькій центральній районній лікарні Івано-Франківської області районною цільовою програмою місцевих стимулів для медичних працівників на 2018–2019 роки встановлено надбавку в розмірі 50% посадового окладу молодим лікарям, які прийшли працювати в сільські ЗОЗ[117]. У КЗ «Чечельницький РЦ ПМСД» Вінницької області надається одноразова грошова допомоги молодим спеціалістам – лікарям загальної практики – сімейним лікарям у розмірі п'яти посадових окладів при укладенні договору на строк не менше п'яти років. Слід зазначити, що практика оцінка ефективності таких стимулів та мотиваторів відсутня: незрозуміло, які саме стимули краще працюють для залучення та утримання медичних працівників у сільській місцевості.

Стимулювання на основі КПЕ – надання надбавок та премій за виконання індикаторів, спрямованих на підвищення якості надання медичних послуг, а також операційної ефективності. Ця схема більшою мірою поширена у приватних ЗОЗ та ЗОЗ-КНП і переважно стосується лікарів, ніж інших категорій медичного та немедичного персоналу. Найпоширенішими КПЕ, за якими здійснюється додаткова оплата праці, є дохідність лікаря та виконання запланованих індикаторів охоплення медичними послугами.

[116] Постанова Кабінету Міністрів України від 29.12.2009 № 1418 «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1418-2009-%D0%BF.

[117] Рішення Галицької районної ради, двадцята сесія районної ради сьомого скликання від 09.02 2018 «Про затвердження районної цільової програми місцевих стимулів для медичних працівників на 2018–2019 роки». URL: https://galytskarada.in.ua/index.php/diialnist-rady/rishennia-sesii/20-sesiia/637-pro-zatverdzhennia-raionnoi-tsilovoi-prohramy-mistsevykh-stymuliv-dlia-medychnykh-pratsivnykiv-na-2018-2019-roky.

«У спеціалізованих відділеннях, де є платні послуги, персонал отримує певний відсоток з цих послуг як премію. Якщо лікарі надали більше таких послуг, вони можуть отримати більшу премію».

(Заступник головного лікаря обласної клінічної лікарні)

Стимулювання за функціональну універсальність. Керівники бюджетних і приватних ЗОЗ погоджуються, що наявність більшого числа компетенцій та функцій, ніж це визначено посадовою інструкцією лікаря або медичної сестри, необхідно враховувати у фінансовому стимулюванні.

«Лікар ще додатково заохочується за спеціалізації, які він має. Наприклад, це акушер-гінеколог, і він має спеціалізацію перинатального спеціаліста УЗД, і має спеціалізацію генетика. Для медсестер те ж саме. Наприклад, є медсестри, які роблять вакцинацію, і є ті, що не роблять».

(Головний лікар приватної клініки)

Оплата навчання, участі у професійних заходах. Основним непрямим фінансовим стимулом для лікарів та медичних сестер є оплата їх навчання та участі у конференціях, форумах чи інших професійних заходах як у країні, так і за кордоном. Є відмінності у ставленні до цього стимулу між керівниками бюджетних та приватних ЗОЗ. У бюджетних закладах стимулювання навчанням чи професійними заходами зазвичай розглядається як бонус за певні досягнення чи результати, а вибір заходу здебільшого є наслідком рекомендацій місцевого департаменту охорони здоров'я чи побажань співробітника. У приватних закладах більше значення мають стратегія закладу та можливість застосування навичок, набутих під час навчання, у межах поточного функціоналу. Є думка, що пропозиції щодо участі у професійних заходах від співробітників мають узгоджуватися з визначеними стратегічними цілями закладу, а якщо цього немає, то у фінансуванні навчання може бути відмовлено або запропоновано часткове фінансування. В окремих закладах, крім оплати професійного навчання, також здійснюється повне або часткове фінансування вивчення іноземної мови для медичних працівників.

«Ми збираємося у складі керівника, кадрової служби і статистика і вирішуємо, хто в першу чергу заслуговує на оплату навчання. Люди це цінують».

(Керівник ЦПМСД)

«У нас лікарі не їздять туди, куди вони хочуть. У нас є медична стратегія. Наприклад, розвиток гінекологічного онколікування. Ми можемо стимулювати навчанням відповідно до стратегії».

(Заступник головного лікаря приватної клініки)

Переваги та пільги в галузі житлово-побутового обслуговування. Слід зазначити, що фінансові стимули у формі субсидій на транспорт, житло або інші витрати на проживання є особливо ефективними в тих областях, де цих речей бракує або де вони визначалися як критичні умови для рекрутингу та утримання. Програми забезпечення житлом здебільшого розробляються для залучення медичних працівників у сільські райони як один з інструментів закриття дефіциту медичних кадрів. Наприклад, за умовами Програми забезпечення житлом медичних працівників Козелецького району Чернігівської області, житло надається для проживання медичним працівникам, які уклали контракт із районною лікарнею або районним центром первинної медико-санітарної допомоги на строк не менше 15 років. Після 15 років роботи в медичному закладі медичним працівникам житло може бути передано у власність безкоштовно. В окремих районах програми місцевих стимулів для медичних працівників включають допомогу в оформленні пільгових кредитів на будівництво або придбання житла. У Полтаві діє програма «Турбота», яка передбачає безкоштовний проїзд у громадському

транспорті для сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів дільничної служби. Є також програми забезпечення автомобільним чи мототранспортом.

Вручення подарунків. Вручення подарунків до ювілеїв, державних або професійних свят (Дня медичного працівника, Дня медичної сестри) є поширеною практикою як у державних, так і приватних ЗОЗ. В окремих закладах інноваційною практикою є те, що такі подарунки поєднуються із заходами зміцнення колективу. Так, в одній з приватних клінік подарунками до професійних свят слугують квитки на культурні заходи (театральні вистави, концерти, тощо), які колектив відвідує спільно.

Стимулювання залученості та ініціативності. Фінансові стимули також можуть надаватися за участь у заходах, безпосередньо не пов'язаних з основним професійним функціоналом: наприклад, за лідерство чи менторство (проведення навчання для пацієнтів, колег) або підготовку медійного контенту.

> *«У нас є освітня програма для пацієнтів на вихідних. Наші лікарі приходять на такі програми у свій вихідний день і читають лекції для пацієнтів. За це теж є певний коефіцієнт, що підвищує оплату праці».*
>
> (Заступник головного лікаря приватної клініки)

Нефінансові стимули

Можна виділити 12 ключових нефінансових чинників, які утримують медпрацівників у бюджетному секторі медицини та в конкретному закладі (**Табл. 10**)[118]. Медичним працівникам насамперед важливі гарантія зайнятості, умови праці (приємний колектив, зручний графік роботи), а також усвідомлення цінності своєї роботи і можливості для розвитку та вдосконалення (постійна наявність пацієнтів, можливість набувати досвіду).

Таблиця 10. Основні нефінансові стимули та мотиватори, на думку медичних працівників бюджетного сектору

Нефінансові чинники утримання у бюджетному секторі медицини	**Нефінансові чинники утримання в конкретному медичному закладі**
1. Гарантія зайнятості 2. Тривала відпустка 3. Постійна наявність пацієнтів 4. Наявність вільного часу після прийому 5. Можливість поєднувати основну роботу з іншими видами зайнятості 6. Можливість приносити користь людям	1. Приємний колектив 2. Хороше (лояльне) керівництво 3. Набутий авторитет, значущість у колективі 4. Можливість розвиватись, набувати досвіду 5. Зручне розташування закладу 6. Хороші умови праці (обладнаний кабінет, гарний ремонт тощо)

За результатами інтерв'ю з керівниками ЗОЗ з'ясовано, що найпоширенішими нефінансовими стимулами в Україні є публічне висловлення подяки та можливість прояву ініціативи, розвитку. Висловлення подяки не обмежується дошками пошани чи нарадами, а поширюється також у соціальних мережах та групах, де інформацію про досягнення лікаря можуть побачити не тільки колеги, а й пацієнти.

> *«У нас є група у Вайбері, де ми дякуємо, або на нарадах. Наприклад, [тому], хто підписав багато декларацій, або лікарю, який організував школу для пацієнтів. Це як стимули для лікарів, які, крім лікування, є публічними людьми, полюбляють виступати. Ми даємо їм можливість бути тренерами».*
>
> (Керівник ЦПМСД)

[118] Керівництво із застосування схем стимулювання медичних працівників у сфері надання ВІЛ-послуг / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». Київ, 2018.

Висновки до розділу

- Наявна система стимулів та мотиваторів у ЗОЗ включає такі практики:
  - *прямі фінансові стимули*: а) обов'язкові компенсаційні та стимулюючі надбавки і доплати (за особливі умови праці, кваліфікаційну категорію тощо); б) прямі фінансові стимули за роботу в сільській місцевості; в) стимулювання на основі КПЕ (у ЗОЗ-КНП та приватних ЗОЗ); г) стимулювання за наявність додаткових компетенцій (у приватних ЗОЗ);
  - *непрямі фінансові стимули*: а) оплата навчання, участі у професійних заходах; б) переваги та пільги в галузі житлово-побутового обслуговування (здебільшого для медичних працівників у сільській місцевості); в) вручення подарунків до ювілеїв, державних або професійних свят; г) непрямі фінансові стимули за ініціативність та лідерство (у приватних ЗОЗ).
  - *нефінансові стимули*: а) гарантія зайнятості; б) забезпечення задовільних умов праці; в) визнання цінності роботи; г) можливості для розвитку та вдосконалення.
- Застосування фінансових стимулів є обмеженим у ЗОЗ бюджетного сектору, які не пройшли реорганізацію в КНП, оскільки такі заклади фінансуються в межах кошторисних призначень статті оплати праці та нарахувань.
- Відсутня практика оцінки економічної ефективності стимулів та мотиваторів, що впроваджуються на рівні ЗОЗ або в рамках регіональних цільових програм (наприклад, програм місцевих стимулів для медичних працівників у сільській місцевості).
- У ЗОЗ бюджетного сектору фінансові та нефінансові стимули часто не узгоджуються зі стратегічними цілями, нормами й цінностями. Наприклад, стимулювання навчанням застосовується незалежно від визначених пріоритетних напрямів розвитку ЗОЗ.

Робоче навантаження і раціональність використання кадрових ресурсів

Оцінки робочого навантаження

Нераціональне робоче навантаження є відомою проблемою серед медичних працівників. Це може знижувати ефективність роботи і мотивацію та призводити до професійного вигорання або навіть звільнення. Відповідно до наказу МОЗ України від 25.05.2006 № 319[119], для лікарів та середнього медичного персоналу рекомендоване робоче навантаження становить 38.5 години на тиждень. Для керівників та головних фахівців закладів охорони здоров'я, молодших медичних сестер і сестер-господарок рекомендовано 40-годинний робочий тиждень (за винятком тих, хто працює зі шкідливими умовами праці). Лікарям, які зайняті виняткова амбулаторним прийомом, рекомендується працювати 33 години на тиждень. Правилами внутрішнього трудового розпорядку або графіком роботи для лікаря можуть встановлюватися певні дні тижня, коли він веде тільки амбулаторний прийом хворих, відповідно, в ці дні тривалість його робочого дня має становити 6 годин 36 хвилин за п'ятиденного робочого тижня, решту днів тижня лікар повинен працювати по 7 годин 42 хвилини.

За результатами досліджень, в Україні лікарі в середньому працюють 42–43 години на тиждень, а в окремих регіонах робоче навантаження вдвічі перевищує рекомендовані норми[120]. Разом з тим, такі середні показники не відображають реальної проблеми

[119] Наказ МОЗ України від 25.05.2006 № 319 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0696-06.
[120] The World Bank. 2018. Tracking the Health Resources in Ukraine. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

поширеності надмірного робочого навантаження, оскільки воно суттєво варіює як усередині ЗОЗ між окремими відділеннями та персоналом, так і між різними ЗОЗ у межах одного регіону (**Рис. 44**). У дослідженні Світового банку тільки близько 40% лікарів повідомили, що за умови значного збільшення зарплати (у п'ять разів) не зможуть приймати вдвічі більше пацієнтів без втрати якості медичних послуг[121]. Це є непрямим показником недостатнього робочого навантаження у понад половини лікарів. Самооцінки робочого навантаження також суттєво відрізняються залежно від типу закладу, спеціальності та відділення. У дослідженні «Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України» половина медичних працівників ЦПМСД повідомили, що рівень їхнього робочого навантаження є стабільно високим і потребує зменшення, 25% вважали, що роботи достатньо, але не надмірно і є невеликі паузи, а ще 25% висловилися, що навантаження є дуже нерівномірним і змінюється залежно від дня тижня чи пори року[122].

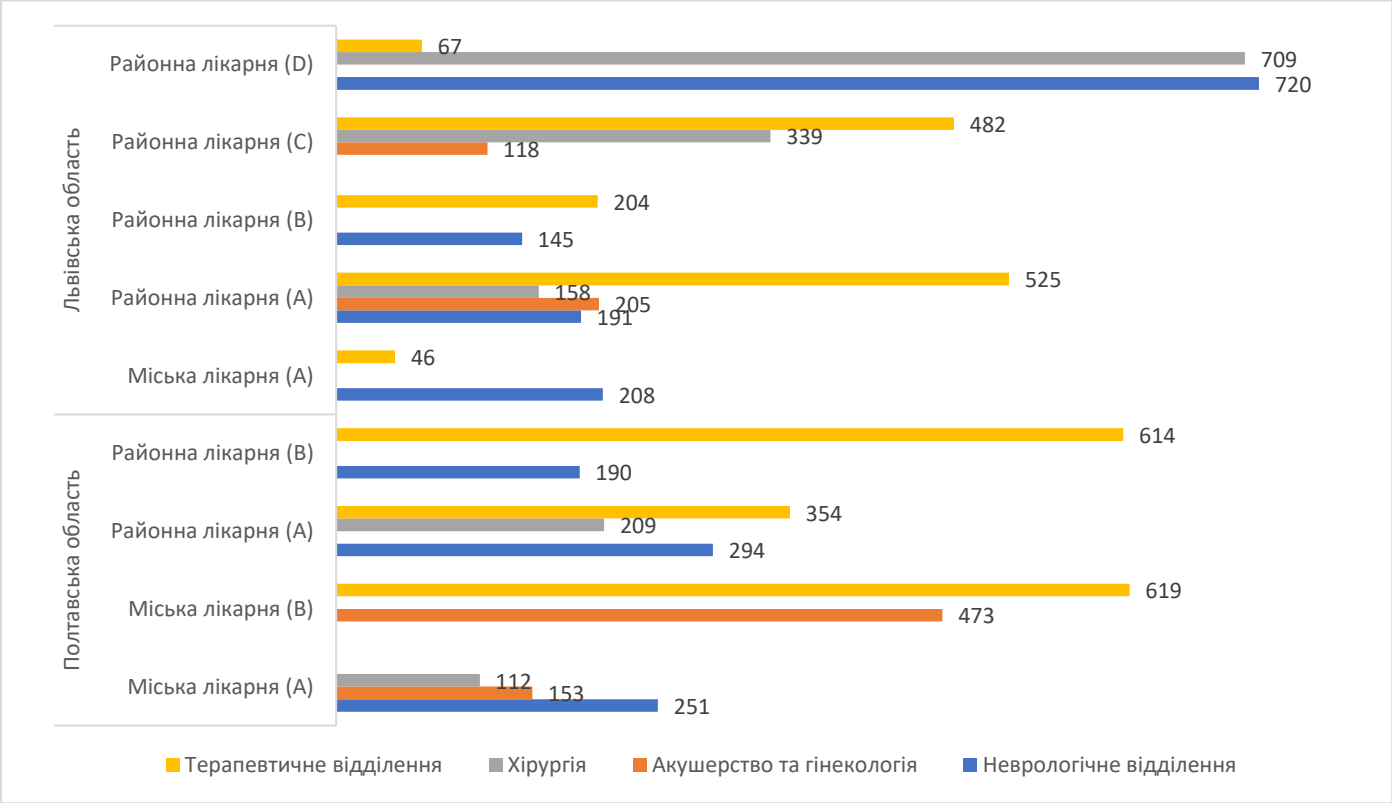


Рисунок 44. Кількість випадків на одного лікаря за рік у стаціонарах Львівської та Полтавської областей

Слід зазначити, що ЗОЗ бюджетного сектору переважно не здійснюють моніторингу робочого навантаження медичного персоналу або мають для цього обмежені інструменти. Окремі заклади практикують ведення паперових журналів часу прибуття на роботу і завершення робочого дня, проте ця інформація зазвичай не аналізується, крім розслідування випадків систематичного порушення, наприклад, частих і тривалих запізнень. Відсутність такого моніторингу зазвичай пояснюється відсутністю трекінгових систем робочого часу, фінансовою неспроможністю створення або заповнення вакансій у випадку надмірного навантаження, а також низькою гнучкістю кадрової політики, наприклад, трансферу спеціалістів між окремими відділеннями. В окремих закладах висловлювалася думка про те, що такий моніторинг не потрібен (*«Є розрахований робочий час, і те, що людина не вкладається, – це вже її справа»*, – керівник відділу кадрів ЦПМСД). У приватних ЗОЗ моніторинг робочого навантаження є більш поширеним.

[121] Там само.
[122] Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte. Київ, 2017. 236 с.

До 2016 р. в Україні діяли такі норми обслуговування для лікарів загальної практики – сімейних лікарів на одну годину роботи: п'ять відвідувань на прийомі в поліклініці, два відвідування – під час обслуговування хворих удома (наказ МОЗ України від 23.02.2001 № 72, втратив чинність з 16.10.2016). Більшість закладів планують чотири візити на годину амбулаторного прийому, відповідно, тривалість консультації становить 15 хв. Загалом у розвинених країнах є тенденція до збільшення середніх витрат часу на одну консультацію. Нині в десяти країнах середні витрати часу на одну консультацію лікаря загальної практики перевищують 15 хвилин; до числа цих країн належать Канада, Люксембург, Норвегія, Португалія, Саудівська Аравія, США, Швеція, Швейцарія, Фінляндія і Франція[123].

За результатами дослідження Світового банку, лікарі ЦПСМД приймають у середньому 11 пацієнтів за робочий день[124]. У дослідженні Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» цей показник був у 2.5 раза вищим (28 пацієнтів за робочий день)[125]. Відмінності в оцінках можна пояснити тим, що ці дослідження охоплювали різні регіони країни. Навантаження вузькопрофільних спеціалістів також може бути високим через відсутність прихильності пацієнтів до первинного пошуку медичної допомоги у лікарів загальної практики. Наприклад, у Львівській області приблизно 70% лікарів, які працюють у стаціонарних відділеннях лікарень, повідомляють про прийом пацієнтів, яких не було направлено сімейним лікарем або спеціалістом поліклініки[126].

У експертних інтерв'ю з керівниками ЦПМСД нові нормативи кількості пацієнтів (для сімейного лікаря – 1 800 осіб, терапевта – 2 000 осіб, педіатра – 900 осіб) розглядалися переважно як високі. Водночас, визначені нормативи сприймалися як цільове значення, а не верхня межа кількості людей, яких може обслуговувати лікар. Надмірне робоче навантаження на первинній ланці також може бути результатом дефіциту медичних сестер, особливо у віддалених районах. Враховуючи дефіцит кадрових ресурсів у ЗОЗ, надмірне робоче навантаження також виникає через те, що далеко не завжди у випадках хвороби, відпустки, відбуття на курси підвищення кваліфікації та інших подібних ситуацій є можливість замінити лікаря/медсестру іншим спеціалістом. Медпрацівник, який залишився, змушений вести прийом пацієнтів самостійно, виконуючи як свою роботу, так і функції колеги.

Складові робочого часу

Ключові висновки досліджень робочого часу медичних працівників[127] є подібними незалежно від спеціальності чи відділення: 1) суттєва варіація в робочому навантаженні залежно від зміни (денна чи вечірня-нічна) та дня тижня (будні чи вихідні); надмірне робоче навантаження переважно стосується денних змін; 2) значні витрати часу на ведення документації, які можуть бути оптимізовані; нераціональне використання робочого часу через 3) надмірну середню тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі (спеціалізована допомога), 4) надання послуг, які можна було надати на первинній ланці (спеціалізована допомога) або 5) неефективний розподіл функціональних обов'язків між персоналом (первинна та спеціалізована допомога). Наприклад, дослідження робочого часу лікарів загальної практики – сімейних лікарів у Вінниці

[123] Irving, G., Neves, A.L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ open*, *7*(10), e017902.
[124] The World Bank. 2018. Tracking the Health Resources in Ukraine. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.
[125] Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte. Київ, 2017. 236 с.
[126] The World Bank. 2018. Tracking the Health Resources in Ukraine. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.
[127] Гінзбург В.Г., Лехан В.М. Обґрунтування нормативів навантаження лікарів-неонатологів акушерських стаціонарів різних рівнів / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014, № 2.
Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Ламза О.Є. та Шевченко М.В. Обґрунтування нормативів навантаження на лікарів стаціонарних відділень оториноларингологічного профілю лікарень інтенсивного лікування / Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2. С. 35–39.
Гінзбург В.Г., Лехан В.М., Ламза О.Є.. Нормативи навантаження на лікарів стаціонарних відділень офтальмологічного профілю лікарень інтенсивного лікування, виходячи з обсягів виконуваної роботи / Медичні перспективи. 2013. № 18(2).

продемонструвало, що під час амбулаторного прийому майже 40% часу витрачається на ведення медичної документації, натомість лише 3% часу присвячено профілактичним і реабілітаційним послугам (**Табл. 11**)[128]. Жодне з хронометражних досліджень в Україні не включало аналізу часу, що витрачається медичними працівниками на формальне чи інформальне навчання.

Таблиця 11. Структура робочого часу лікарів загальної практики – сімейних лікарів у середньому за амбулаторний прийом, м. Вінниця, хв. і %

Елементи затрат часу	**Хвилини**	**%**
Підготовчо-завершальний час (обслуговування робочого місця, миття рук)	16.0	8%
Основний час, у т. ч.:		
Збір скарг та анамнезу	30.5	15%
Діагностичні послуги	30.0	14%
Призначення або коригування лікування	37.2	18%
Профілактичні послуги	5.0	2%
Реабілітаційні послуги	2.5	1%
Робота з медичною документацією	81.2	39%
Допоміжний час (спілкування з адміністрацією, колегами)	1.1	1%
Час перерв	5.4	3%
Загалом	**208.8**	**100%**

Практика перерозподілу обов'язків між лікарями та медичними сестрами

Глобальні рекомендації щодо раціоналізації кадрових ресурсів системи охорони здоров'я пропонують перерозподіл професійних обов'язків як один зі способів закриття дефіциту робочої сили для покращення доступу до медичних послуг. Такий перерозподіл передбачає раціональний розподіл завдань між різними категоріями працівників у сфері охорони здоров'я. Окремі функціональні обов'язки переносяться від висококваліфікованих медичних працівників до медичних працівників з коротшим навчанням і нижчим рівнем кваліфікації там, де це доречно, з метою ефективнішого використання наявних людських ресурсів. Слід зазначити, що перерозподіл обов'язків не усуває необхідності збільшення загальної кількості медичних працівників у випадку їх дефіциту, включаючи висококваліфіковані кадри, такі як лікарі. Перерозподіл обов'язків зазвичай розглядається як одна з інтервенцій поряд з іншими, що мають включатися до стратегії подолання дефіциту кадрових ресурсів.

Дослідження первинної і вторинної ланок медичної допомоги в Україні свідчать, що лікарі часто виконують роботу, яка належить до функціональних обов'язків середнього медичного персоналу (наприклад, оформлення направлень на дослідження / стаціонарне лікування або виконання певних лікувально-діагностичних процедур). У більшості випадків це відбувається через дефіцит медичних сестер. Обернена взаємодія, коли медсестри виконують частину «традиційно» лікарських функцій, скоріше, є винятком. Поширеним є підхід, що лікарі та медичні сестри мають чіткий розподіл функцій, і медсестри не можуть виконувати функції лікарів, оскільки не мають відповідної освіти чи навичок. Проте перерозподіл обов'язків щодо роботи з документацією сприймається більш позитивно, є неформальна практика перерозподілу цих обов'язків між лікарем та медсестрою.

> *«Це суперечить функціональним обов'язкам. Медсестра не може виконувати те, що виконує лікар. Є вимоги до заповнення документації. Історії хвороби має заповнювати лікар».*
>
> (Керівник відділу кадрів обласної лікарні)

[128] Крекотень О. М. Оцінка працезатрат лікаря загальної практики / сімейного лікаря на амбулаторному прийомі методом безпосередніх замірів часу через хронометраж / Україна. Здоров'я нації. 2014. № 3. С. 61–67.

«Офіційно ми не робимо перерозподілу обов'язків, але медсестра та лікар, які разом здійснюють прийом, можуть домовитися між собою, хто і що виконує».

(Керівник відділу кадрів ЦПМСД)

Значну частину робочого часу медпрацівники витрачають на опитування скарг, збір анамнезу та проведення первинного обстеження, повторного огляду, призначення аналізів / направлення на обстеження. За даними дослідження Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»[129], у ЦПМСД це в середньому становить половину загальних затрат часу на амбулаторний прийом, а у спеціалізованих закладах – третину амбулаторного прийому. У випадку командної роботи, коли в наданні таких послуг беруть участь і лікар, і медична сестра, є суттєві відмінності в розподілі затрат часу за типом медичної допомоги. У ЦПМСД дві третини загальних затрат часу на цю послугу припадають на лікарів, а у спеціалізованих закладах – на медсестер (**Табл. 12**). Проведення вторинного обстеження – це здебільшого функціонал лікарів як на первинній ланці, так і у спеціалізованій допомозі. Тільки близько десятої частини затрат часу на цю послугу є роботою медичних сестер. Затрати часу на призначення досліджень і видачу направлень приблизно однаково розподіляються між лікарями та медичними сестрами як у ЦПМСД, так і у спеціалізованих ЗОЗ. Слід зазначити, що варіації в затратах часу лікарів та медичних сестер на виконання певної послуги здебільшого є результатом того, як організовано процес заповнення медичної документації, а не перерозподілу власне клінічних послуг. Фактично більші затрати часу медичних сестер у спеціалізованих ЗОЗ на первинному обстеженні можна пояснити тим, що значну частину документації в рамках надання такої послуги заповнюють медсестри, а не лікарі.

Таблиця 12. Співвідношення внеску лікарів та медсестер у надання деяких амбулаторних медичних послуг на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги

Вид закладу	Показник	Первинне обстеження, збір скарг та анамнезу	Повторне обстеження	Призначення досліджень, видача направлень на аналізи
ЦПМСД	Медіана затрат часу (Q1-Q3) на 1 послугу, *хвилин*	5 (3–9)	5 (2–7)	3 (2–4)
	% загальних затрат часу на послугу, витраченого лікарями	65%	89%	48%
	% загальних затрат часу на послугу, витраченого медичними сестрами	35%	11%	52%
Спеціалізовані ЗОЗ*	Медіана затрат часу (Q1-Q3) на 1 послугу, *хвилин*	8 (5–12)	6 (4–8)	3 (2–5)
	% загальних затрат часу на послугу, витраченого лікарями	39%	87%	44%
	% загальних затрат часу на послугу, витраченого медичними сестрами	61%	13%	56%

*Спеціалізовані ЗОЗ: центри СНІДу, наркологічні, шкірно-венерологічні та протитуберкульозні диспансери.
Джерело: Фотохронометражне дослідження роботи медпрацівників у восьми регіонах, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії».

Значні затрати часу на заповнення документації впливають на якість медичної допомоги, зокрема можливість проведення більш детального опитування чи відведення більшого часу на профілактичну роботу. Впровадження електронної звітності зменшує затрати часу на ведення документації, проте не вирішує проблеми відсутності персональної взаємодії з пацієнтом. Нещодавні дослідження в США продемонстрували, що лікарі загальної практики під час візиту пацієнта більше часу проводять за комп'ютером з електронною картою пацієнта,

[129] Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte. Київ, 2017. 236 с.

ніж у безпосередньому контакті з ним, що відображається на якості медичної допомоги[130]. В Україні ця ситуація додатково ускладнюється переважанням паперової звітності. Лікарі вимушені більшу частину амбулаторного візиту дивитися в паперові форми, а не на пацієнта. В одній з приватних лікарень м. Києва впровадили гарну практику, коли медична сестра повністю веде всю медичну документацію, яка заповнюється під час контакту з пацієнтом, а лікар здійснює обстеження та збір анамнезу, працюючи «віч-на-віч» з пацієнтом.

> *«Медична сестра виконує функцію асистента лікаря. Вона веде документацію. Лікар не дивиться в комп'ютер під час візиту, він говорить з пацієнтом, ставить запитання. А медсестра все це вносить в карту. Інакше відсутня персональна взаємодія. Всю документацію веде медсестра, це її завдання».*
>
> (Заступник головного лікаря приватної клініки)

Слід зазначити, що готовність лікарів та медсестер до набуття додаткових компетенцій чи опанування суміжних спеціальностей є високою: за результатами дослідження «Аналіз робочого навантаження, мотиваторів і стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України»[131], таку готовність висловлюють близько двох третин медичних працівників. Разом з тим, тільки близько половини (55%) готові брати на себе додаткові функціональні обов'язки, причому за умови додаткової оплати. Значна частина медпрацівників (72%) насторожено або негативно ставиться до ідеї передачі частини своїх функціональних обов'язків іншим спеціалістам. Винятком є передача обов'язків щодо ведення медичної документації.

Сумісництво та подвійна практика

Стимулювати медичних працівників до подвійної практики в різних закладах чи в межах одного закладу можуть різні причини; серед ключових мотивів – розрив між очікуваннями щодо доходів та заробітною платою, незадовільні умови праці. Разом з тим, суміщення посад може бути чинником ризику стосовно надмірного робочого навантаження.

В Україні сумісництво медичного персоналу в межах закладу (поєднання декількох посад) та поєднання посад у різних закладах є законним, якщо працівники працюють необхідну кількість годин, визначену ЕПЗ (еквівалентом повної зайнятості). Раніше від працівника під час оформлення на роботу за сумісництвом вимагали довідку про графік робочого часу за основним місцем роботи; це було потрібно контрольним і ревізійним органам, щоб пересвідчитися, що працівник працює за сумісництвом не в основний робочий час. Зараз це не має відображення в нормативних документах, проте залишається поширеною практикою у випадку сумісництва в закладах бюджетного та приватного сектору.

Внутрішнє сумісництво є звичним явищем у багатьох ЗОЗ бюджетного сектору. В такий спосіб закриваються вакансії, на які не вдається знайти нового співробітника, а поточний персонал отримує можливість додаткового заробітку. Лікарі частіше практикують сумісництво, особливо зовнішнє, ніж медсестри[132]. За результатами дослідження Світового банку, в середньому близько третини лікарів поєднують декілька робочих місць, здебільшого надаючи консультації в державних та приватних медичних закладах[133].

---

[130] Tai-Seale M., Olson C.W., Li J., et al. Electronic health record logs indicate that physicians split time evenly between seeing patients and desktop medicine. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36(4):655–662 .
Young, R., Burge, S., Kumar, K., Wilson, J., & Ortiz, D. (2018). A time-motion study of primary care physicians' work in the electronic health record era. *Family medicine*, 50(2), 91–99.

[131] Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte. Київ, 2017. 236 с.

[132] Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte. Київ, 2017. 236 с.

[133] The World Bank. 2018. Tracking the Health Resources in Ukraine. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

Як свідчать результати експертних інтерв'ю з головними лікарями закладів бюджетного сектору, управлінці зазвичай поінформовані про те, який медичний персонал має додаткову роботу в інших закладах. Проте система моніторингу робочого навантаження для таких випадків відсутня. Також відсутні дослідження, якою мірою подвійна практика лікарів та медичних сестер в Україні впливає на обсяг роботи, якість послуг чи рівень задоволеності пацієнтів або мотивації персоналу.

У державних та приватних ЗОЗ по-різному ставляться до подвійної практики. Керівники державних ЗОЗ розглядають сумісництво як вимушену практику, стратегію підвищення доходу. У приватних клініках сумісництво – це, скоріше, інструмент оптимізації робочого часу та спосіб утримання вузькоспеціалізованих спеціалістів. Управлінці приватних закладів стверджують, що зовнішнє сумісництво забезпечує більшу гнучкість у перерозподілі персоналу у випадку необхідності замін.

Висновки до розділу

- Нинішнє неефективне використання кадрових ресурсів системи охорони здоров'я та нераціональне робоче навантаження є наслідком недотримання пацієнтами алгоритму переадресації між різними рівнями медичної допомоги, значних витрат часу на заповнення медичної документації та дублювання форм звітності.
- У закладах охорони здоров'я бюджетного сектору аналіз робочого навантаження зазвичай відсутній або є номінальним – аналізуються табелі обліку робочого часу. Наявність хронометражу складових робочого часу окремих категорій медичних працівників у межах закладу охорони здоров'я зараз скоріше є винятком, ніж звичною практикою для менеджменту робочого навантаження та оптимізації використання кадрових ресурсів.
- Відсутнє планування тривалості амбулаторної консультації залежно від очікуваної мети візиту. В ЗОЗ, які мають електронну чергу, поширена практика стандартної тривалості консультації (15 хвилин на пацієнта).
- Перерозподіл обов'язків між персоналом є обмеженим, існує неформальна практика у спеціалізованих ЗОЗ. Хоча готовність медичного персоналу до опанування нових компетенцій є високою, ставлення персоналу до передачі функціональних обов'язків неоднозначне через побоювання втрати частини заробітної плати при передачі функціоналу або відсутності фінансових стимулів за виконання додаткових функцій.

Використання сучасних інформаційних технологій

Інформаційні та комунікаційні технології (ІКТ) є невід'ємним компонентом сучасної, якісної системи охорони здоров'я – eHealth. ВООЗ визначає eHealth як ефективне та безпечне застосування ІКТ з метою підтримки здоров'я та суміжних сфер, пов'язаних зі здоров'ям, у тому числі послуг медичної допомоги, нагляду за станом здоров'я, публікацій, просвіти, знань та досліджень[134]. eHealth включає такі компоненти: політичні засади функціонування, нормативно-правове регулювання, телемедицину, електронні медичні записи, дистанційне навчання, медичну допомогу з використанням мобільного зв'язку, соціальні медіа та великі дані.

Відповідно до профайлу України в eHealth Atlas-2015[135], в державі з 2012 р. існує національна політика щодо eHealth та інформаційної системи охорони здоров'я. Загалом процес інформатизації країни триває понад 20 років, починаючи з часів набуття Незалежності, коли було ухвалено Національну програму інформатизації[136] та Основні засади формування

[134] World Health Organization. (2005). Resolution WHA58. 28. eHealth. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 .
[135] World Health Organization. (2016). Atlas Ehealth Country Profiles 2015. World Health Organization.
[136] Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018 роки. URL: http://uacm.kharkov.ua/download/2013_10/148-154_Konzepziya_10_sc_P.pdf.

інформаційного суспільства на 2007–2015 роки[137]. Вказані стратегії визначають напрями розвитку ІКТ у всіх галузях, в тому числі в охороні здоров'я, що передбачає як підвищення технологічного рівня галузі, так і забезпечення готовності медичних працівників до роботи з ІКТ. Концепцією інформатизації сфери охорони здоров'я України на період 2013–2018 років[138] передбачалося формування єдиного інформаційного простору охорони здоров'я, що включає завдання щодо матеріально-технічного забезпечення захисту інформації та посилення кадрового потенціалу. В рамках освіти медичного персоналу було заплановано провести реорганізацію системи професійної підготовки та перепідготовки працівників сфери охорони здоров'я, розробити і впровадити нові навчальні програми з медичної інформатики, з тим щоб в охороні здоров'я працював висококваліфікований персонал, здатний застосовувати сучасні ІКТ у своїй роботі.

Хоча законодавча база в Україні щодо ІКТ у сфері охорони здоров'я існує багато років, фактичний рівень запровадження сучасних технологій у практику медичних працівників досі є низьким. Застосування ІКТ залежить від двох ключових чинників: оснащеності медичного працівника засобами ІКТ (такими як комп'ютер, вихід в Інтернет, інші мобільні засоби) та рівня його знань і навичок щодо користування ІКТ.

Рівень комп'ютеризації ЗОЗ продовжує залишатися вкрай низьким. У 2015 р., до початку реформування системи фінансування первинної ланки медичної допомоги, лише 3% лікарів первинної ланки було забезпечено комп'ютерами, рівень комп'ютеризації структурних підрозділів ЗОЗ вторинного і третинного рівнів становив 6% та 18% відповідно[139]. Переважна більшість обладнаних комп'ютерами ЗОЗ вторинного і третинного рівнів мали доступ до Інтернету (87.5% та 94% відповідно), тоді як на первинному рівні – лише 10% закладів[140]. У рамках реформи системи фінансування охорони здоров'я ситуація щодо комп'ютеризації ЗОЗ первинної ланки змінилася: обов'язковою вимогою для укладення договору ЗОЗ із НСЗУ є наявність комп'ютерного обладнання з доступом до Інтернету для кожного робочого місця персоналу[141]. За даними НСЗУ, станом на 01.04.2019 комп'ютеризовано 92% робочих місць лікарів у ЗОЗ, що уклали договори[142].

Враховуючи те що масштабне розширення комп'ютеризації робочих місць лікарів відбувається впродовж останніх місяців та переважно на первинній ланці, логічним є з'ясування того, наскільки медичні працівники здатні використовувати наявну комп'ютерну техніку як на базовому рівні, так і для роботи зі спеціальним програмним забезпеченням.

За даними профайлу України в eHealth Atlas-2015, переважна більшість медичних кадрів пройшла навчання щодо eHealth (74% студентів медичних спеціальностей та 77% медичних працівників у рамках підвищення кваліфікації)[143], хоча даних про зміст проведеного навчання та його ефективність нема. Є повідомлення про попит на базові курси для медичних працівників щодо користування комп'ютерами та основними програмами.

[137] Закон України від 09.01.2007 № 537-V «Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/537-16.
[138] Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018 роки. URL: http://uacm.kharkov.ua/download/2013_10/148-154_Konzepziya_10_sc_P.pdf.
[139] Знаменська М. А. Інформатизація ЗОЗ як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я / М.А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Медична інформатика та інженерія. 2015. № 2. С. 85–88. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mii_2015_2_15.
[140] Там само.
[141] Наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення ЗОЗ та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу». URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn_20180126_148.pdf#page=2.
[142] Звітність щодо ЗОЗ, які уклали договори з НСЗУ, станом на 01.04.2019. URL: https://nszu.gov.ua/ukladeni-dogovori.
[143] World Health Organization. (2016). Atlas Ehealth Country Profiles 2015. World Health Organization.

Висновки до розділу

- Хоча законодавча база в Україні щодо ІКТ у сфері охорони здоров'я існує багато років, фактичний рівень запровадження таких технологій в практиці медичних працівників досі є низьким через недостатню комп'ютеризацію ЗОЗ. У рамках реформи системи фінансування охорони здоров'я покращилася ситуація щодо комп'ютеризації ЗОЗ первинної ланки (за даними НСЗУ, близько 90% робочих місць лікарів первинної ланки забезпечено комп'ютерами/ноутбуками з доступом до Інтернету). Водночас, відсутні дані щодо рівня знань і навичок користування комп'ютерами та основними програмами серед медичних працівників.

Роль професійних медичних асоціацій у розвитку кадрових ресурсів

В Україні медичні професії, в тому числі професія лікаря, не належать до саморегульованих. Слід зазначити, що існує ціла низка прикладів реалізації в українських умовах міжнародних підходів до регуляції незалежних професій: судді, адвокати, нотаріуси, аудитори. Їхня діяльність визначається окремими спеціальними законами України: «Про судоустрій і статус суддів»[144], «Про адвокатуру та адвокатську діяльність»[145], «Про нотаріат»[146], «Про аудиторську діяльність»[147]. Попри кілька спроб прийняти аналогічний спеціальний закон про діяльність лікарів, жоден із законопроектів не було підтримано парламентарями.

Нині професійні медичні асоціації в Україні працюють у рамках Закону України «Про громадські об'єднання»[148], як і будь-яка громадська організація. Відповідно до частини 1 статті 36 Конституції України[149], громадяни мають право на свободу об'єднання в політичні партії та громадські організації для здійснення і захисту своїх прав і свобод та задоволення політичних, економічних, соціальних, культурних та інших інтересів (за винятком обмежень, встановлених законом в інтересах національної безпеки та громадського порядку, охорони здоров'я населення або захисту прав і свобод інших людей). Членство в громадській організації може бути тільки добровільним, а права і обов'язки членів таких організацій визначаються статутами організацій.

В Україні зареєстровано понад 300 професійних медичних асоціацій, які працюють як громадські організації[150]. Вони є окремими юридичними особами приватного права і можуть бути як місцевими, так і всеукраїнськими. Відповідно до вимоги Закону України «Про громадські об'єднання», статус всеукраїнської громадської організації діє, якщо є відокремлені структурні підрозділи в більшості регіонів[151]. Зазвичай такі організації створюються навколо певного лідера, який часто є засновником і незмінним керівником асоціації. Досить поширена практика, коли керівники медичних асоціацій обіймають певну владну посаду (наприклад, завідувача кафедри в університеті, керівника медичного закладу, керівника департаменту охорони здоров'я, члена атестаційної комісії) та використовують свою посаду для залучення членів. Один лікар може бути членом кількох громадських організацій різного рівня і професійної належності.

У різних країнах професійні медичні асоціації виконують такі функції:

[144] Закон України «Про судоустрій і статус суддів». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-19.
[145] Закон України «Про адвокатуру та адвокатську діяльність». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5076-17.
[146] Закон України «Про нотаріат». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3425-12.
[147] Закон України «Про аудит фінансової звітності та аудиторську діяльність». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2258-19.
[148] Закон України «Про громадські об'єднання». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17.
[149] Конституція України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр.
[150] Реєстр громадських об'єднань. URL: https://data.gov.ua/dataset/b07bc894-7301-4bf2-a796-2708e9729538.
[151] Закон України «Про громадські об'єднання». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17.

- допуск до медичної практики, надання/припинення права на практику (ліцензування);
- дисциплінарна відповідальність;
- ведення реєстру медичних працівників;
- участь у розробці політики охорони здоров'я, в т. ч. кадрової;
- представницькі функції професії, колективні міжпрофесійні переговори;
- формування і просування позитивного іміджу професії;
- навчання, облік та контроль безперервного професійного розвитку;
- дослідження та управління знаннями;
- розробка і впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів;
- етичні норми професії.

Допуск до медичної практики

В Україні процес допуску до медичної практики реалізується не через ліцензування лікарів, а через їх атестацію. Процес ліцензування, відповідно до українського законодавства[152], може застосовуватись лише до господарської діяльності і поширюється на заклади охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців.

За відсутності прямих норм у наказах МОЗ щодо залучення професійних асоціацій до атестації лікарів, їхня участь у процесі допуску до медичної практики є мінімальною. Наприклад, склад атестаційної комісії для первинної спеціалізації затверджує ректор ЗВО, де проводиться підготовка або перепідготовка лікарів. Теоретично не виключається можливість для професійних медичних асоціацій делегувати своїх представників до атестаційної комісії ЗВО, але в наказі такої прямої норми не передбачено. На практиці члени атестаційної комісії ЗВО можуть бути керівниками або членами профільних професійних медичних асоціацій і формально представляти інтереси професії. Однак конфлікт інтересів, закладений у процедуру атестації (ЗВО навчає лікаря і потім сам оцінює професійний рівень його підготовки), призводить до ситуації, коли допуск до професійної діяльності стає лише формальним завершенням навчання.

Атестаційні комісії для присвоєння лікарської категорії створюються при департаментах охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Їх склад визначається керівництвом департаменту. Відсутність обов'язкових нормативних вимог до забезпечення балансу інтересів робить діяльність таких комісій залежною від керівництва департаменту, яке формує склад комісії. Так само як і для атестаційних комісій ЗВО, не виключається можливість для професійних асоціацій делегувати своїх представників до атестаційної комісії департаменту охорони здоров'я, але в наказі такої прямої норми не передбачено. Тому на практиці участь професійних асоціацій в роботі атестаційних комісій залежить від позиції голови департаменту охорони здоров'я і взаємин з керівниками місцевих професійних асоціацій.

Дисциплінарна відповідальність

Важливим інструментом у дисциплінарних питаннях можуть бути клініко-експертні комісії (КЕК). Роботу КЕК регламентовано наказом МОЗ України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування». Згідно з наказом, до складу КЕК входять працівники відповідного органу охорони здоров'я, спеціалісти, які мають відповідну кваліфікацію за спеціальністю, а також можуть входити інші фахівці та представники громадських організацій, асоціацій у сфері охорони здоров'я, представники професійних спілок, їх об'єднань у сфері охорони здоров'я, організацій роботодавців, їх об'єднань у галузі охорони здоров'я (за їхньою згодою). Ця потенційна можливість має суттєве обмеження у вигляді одностороннього рішення

[152] Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19.

департаменту охорони здоров'я про включення або невключення представників професійної асоціації до складу КЕК.

Клініко-експертна оцінка якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування проводиться у випадках смерті пацієнтів, розбіжності між встановленими діагнозами, недотримання закладом охорони здоров'я або лікарем-ФОП стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами заявника та/або особи, яка представляє інтереси заявника. І хоча наказом передбачено, що КЕК перевіряє кваліфікацію медичних працівників, які надавали пацієнтові медичну допомогу та медичне обслуговування, на практиці ця норма зводиться лише до перевірки документів про наявність сертифіката лікаря-спеціаліста і свідоцтва про атестацію на лікарську категорію. Інших нормативних механізмів щодо перевірки кваліфікації не передбачено, і тому будь-які інші дії КЕК може бути оскаржено в суді.

Висновки КЕК мають рекомендаційний характер, оскільки вона є консультативно-дорадчим органом. КЕК має право інформувати МОЗ та департаменти охорони здоров'я про кваліфікацію спеціалістів, які надавали медичну допомогу та медичне обслуговування, для вжиття відповідних заходів реагування в разі виявлення порушень. Таким заходом реагування є позачергова атестація. Однак, за оцінкою МОЗ, такі заходи здійснюються лише в окремих областях[153]. Упродовж 2015–2017 рр. 14 КЕК перевірили 3 437 звернень і в 10% випадків знайшли порушення. Проте рішення про позачергову атестацію було винесено лише в 67 випадках у Вінницькій (28 випадків), Дніпропетровській (21), Львівській (6), Донецькій (5), Івано-Франківській та Тернопільській (по 3 випадки), Рівненській (1) областях; КЕК інших восьми областей не приймали таких рішень. Результати цих 67 рекомендацій не досліджувались, тобто не можна встановити, чи цей механізм взагалі працює.

Ведення реєстру медичних працівників

В Україні повноцінний реєстр медичних працівників до останнього часу був відсутній. Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»[154] передбачено запровадження двох реєстрів – Реєстру медичних спеціалістів та Реєстру медичних працівників, які є складовою центральної бази даних. Адміністратором центральної бази даних визначено державне підприємство «Електронне здоров'я». Відкритий Реєстр медичних працівників фактично почав формуватися під час проведення кампанії з вибору лікаря ПМД, і станом на серпень 2019 р. база налічує понад 23 тис. записів про лікарів первинної ланки[155]. Дані про інших медичних працівників до центральної бази даних наразі системно не вносяться.

У жодному з перелічених реєстрів немає полів, які б містили дані про належність медпрацівників до професійних медичних асоціацій. Таким чином, верифіковані дані щодо належності медичного працівника до професійної спільноти не збираються.

Участь у розробці політики охорони здоров'я

Залучення професійних організацій до процесів розробки політики охорони здоров'я здійснюється через загальні механізми участі громадськості у формуванні та реалізації державної, регіональної політики, вирішенні питань місцевого значення[156] Постановою

[153] Інформація щодо проведення КЕО клініко-експертними комісіями КЕК МОЗ з 01.01.2015 по 20.12.2017 / Проект концепції професійного ліцензування лікарів. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5589-reform_physicians_licensing_2018_06_11_clean.pdf.
[154] URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-п.
[155] Дешборд НСЗУ станом на 24.08.2019. URL: https://nszu.gov.ua/gromadyanam/elektronna-karta-misc-nadannya-pmd.
[156] Указ Президента України від 26.02.2016 № 68/2016 «Про сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні» URL: https://www.president.gov.ua/documents/682016-19805.

Кабінету Міністрів України від 03.11.2010 № 996 затверджено Порядок проведення консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики[157].

Органи виконавчої влади щороку складають орієнтовний план проведення консультацій з громадськістю з урахуванням основних завдань, визначених Програмою діяльності Кабінету Міністрів України, Державною програмою економічного і соціального розвитку України, планом законопроектних робіт та іншими документами, а також на підставі результатів проведення попередніх консультацій з громадськістю. Цей план враховує пропозиції громадських рад, утворених при міністерствах, інших центральних органах виконавчої влади, обласних, районних державних адміністраціях. Громадські організації, в тому числі професійні асоціації, можуть ініціювати проведення консультацій з громадськістю з питань, не включених до орієнтовного плану, шляхом подання відповідних пропозицій громадській раді або безпосередньо органові виконавчої влади. У разі коли пропозиція щодо проведення консультацій з громадськістю з одного питання надійшла не менше ніж від трьох інститутів громадянського суспільства (трьох асоціацій), які діють на відповідній території, такі консультації проводяться обов'язково.

Окремим законом[158] передбачено участь громадськості (в т. ч. професійних асоціацій) та врахування громадської думки в роботі регуляторних органів на всіх етапах їх регуляторної діяльності, обов'язковий розгляд регуляторними органами ініціатив, зауважень та пропозицій, наданих у встановленому законом порядку.

Усі проекти наказів МОЗ як проекти нормативно-правових актів в обов'язковому порядку потребують проведення консультацій з громадськістю у формі публічного громадського обговорення, яке передбачає організацію і проведення конференцій, форумів, громадських слухань, засідань за круглим столом, зборів, зустрічей з громадськістю; теле- або радіодебатів, інтернет-конференцій, електронних консультацій.

Представницькі функції професії

За історичним спадком представницькі функції медичних професій в Україні виконують профспілки. Однак первинні профспілкові організації відповідно до Закону «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності»[159] організовуються за місцем роботи або навчання, а не за професійною ознакою. Первинні профспілкові організації можуть об'єднуватися за галузевою, територіальною або іншою ознакою. Так було створено Професійну спілку працівників охорони здоров'я України[160]. Це всеукраїнська добровільна неприбуткова громадська організація, яка об'єднує на добровільній основі за родом професійної діяльності, навчання працівників медичних, фармацевтичних, санаторно-курортних установ, організацій, підприємств, пов'язаних з охороною здоров'я, незалежно від форм власності, осіб, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, а також студентів вищих та учнів середніх навчальних медичних закладів для консолідації зусиль щодо захисту соціальних та економічних прав і інтересів членів профспілки. Профспілка створена за виробничо-професійним і територіальним принципами.

Практику колективних міжпрофесійних переговорів, наприклад, щодо умов або рівня оплати праці, наразі не впроваджено. Створена у 2018 р. Національна служба здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, при розробці договорів із

[157] Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2010 № 996 «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-2010-п.
[158] Закон України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1160-15.
[159] Закон України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1045-14.
[160] Статут Професійної спілки працівників охорони здоров'я України. URL: http://medprof.org.ua/profspilka-pracivnikiv-okhoroni-zdorovja-ukrajini/statut/.

закладами охорони здоров'я не проводить передконтрактних перемовин і складає вимоги договорів одноосібно. Це саме стосується і тарифів на медичні послуги.

Попри те що Закон «Про громадські об'єднання»[161] дозволяє професійним медичним організаціям виконувати представницькі функції професії, на практиці роль професійних медичних організацій у цій сфері носить формальний характер.

Формування і просування позитивного іміджу професії

Нормативне регулювання питань формування позитивного іміджу певної медичної професії, просування її цінностей надає професійним медичним асоціаціям дуже широкі можливості. Серед прав, які мають професійні медичні асоціації, можна зазначити такі:

- вільно поширювати інформацію про свою діяльність, пропагувати свою мету;
- провадити відповідно до закону підприємницьку діяльність безпосередньо, якщо це передбачено статутом громадського об'єднання, або через створені в установленому законом порядку юридичні особи, якщо така діяльність відповідає меті громадського об'єднання та сприяє її досягненню;
- засновувати з метою досягнення своєї статутної мети засоби масової інформації;
- брати участь у порядку, визначеному законодавством, у роботі консультативних, дорадчих та інших допоміжних органів для проведення консультацій з громадськими об'єднаннями та підготовки рекомендацій з питань, що стосуються сфери їх діяльності.

Крім того, Закон «Про громадські об'єднання» захищає власні найменування і символіку громадської організації і прямо забороняє «використання найменування громадського об'єднання фізичними та юридичними особами, які не належать до цього громадського об'єднання, без згоди такого громадського об'єднання для цілей, не пов'язаних з діяльністю цього громадського об'єднання»[162].

Навчання, облік та контроль безперервного професійного розвитку

Безперервний професійний розвиток медичних працівників в Україні досі здійснювався винятково в закладах післядипломної освіти через проходження формального навчання. Постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302 було запроваджено нове Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я[163], відповідно до якого всі лікарі, які провадять професійну діяльність, зобов'язані щороку подавати на перевірку своє освітнє портфоліо та підтверджувати щонайменше 50 балів за проходження заходів безперервного професійного розвитку. Документом передбачено, що професійні медичні асоціації можуть бути організаторами заходів інформальної освіти, за які нараховуються бали безперервного професійного розвитку.

Дослідження і управління знаннями

Серед важливих функцій професійних медичних асоціацій є проведення досліджень та агрегація знань у рамках професії. Проведення досліджень в охороні здоров'я може здійснюватися у двох сферах, які мають окреме нормативне регулювання: крім загальних науково-дослідних робіт, окремими нормативними актами регулюються клінічні випробування.

Відповідно до Закону України «Про науково-технічну інформацію»[164], не існує обмежень для професійних асоціацій у проведенні досліджень та створенні науково-технічної інформації

[161] Закон України «Про громадські об'єднання». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17.
[162] Там само.
[163] Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-п.
[164] Закон України «Про науково-технічну інформацію». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3322-12.

(НТІ). Також цим Законом захищається авторське право на результати досліджень – НТІ, що є продуктом інтелектуальної творчої праці, становить об'єкт права інтелектуальної власності, а відносини щодо її придбання, зберігання, переробки, використання і поширення регулюються чинним законодавством.

Проведення клінічних випробувань регулюється наказом МОЗ України від 23.09.2009 № 690 «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики»[165]. Наказом визначено, що дослідником може бути «лікар, який має достатню професійну підготовку та досвід лікування пацієнтів, знає правила належної клінічної практики та відповідні нормативно-правові акти. Дослідник несе відповідальність за проведення у місці дослідження клінічного випробування лікарського засобу». Можливість участі професійної асоціації як третьої сторони у клінічних випробуваннях не передбачена.

Професійні медичні асоціації в Україні мають можливості проведення досліджень і вироблення знань у своїй професії. Роботу з агрегації знань і доступ до таких інформаційних ресурсів нормативно закріплено як складові товарних відносин, і вони можуть бути джерелами доходів професійних асоціацій.

Розробка і впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів

Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»[166] передбачено, що галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;
- клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність.

Також цим Законом визначено, що лише МОЗ має право розробляти і затверджувати галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я. Наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»[167] Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України визначено провідною установою з цих питань. Наказом передбачено створення мультидисциплінарних робочих груп тільки з представників МОЗ України, ДП «Державний експертний центр МОЗ України», Національної академії медичних наук України, закладів охорони здоров'я і хворих (за згодою). Склад групи затверджується наказом МОЗ. Таким чином, нормативні документи не передбачають залучення професійних медичних асоціацій до розробки і затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Етичні норми професії

В Україні регуляція етичних норм медичних професій здійснюється відповідно до кількох нормативних актів. Після закінчення медичного закладу вищої освіти всі випускники повинні підписати Клятву лікаря[168]. Підписаний випускником текст Клятви лікаря зберігається в його

[165] Наказ МОЗ України від 23.09.2009 № 690 «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09.
[166] Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12.
[167] Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12.
[168] Указ Президента України від 15.06.1992 № 349 «Клятва лікаря». URL: https://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/349/92.

особовій справі, а в дипломі робиться відмітка про прийняття Клятви лікаря. Іншим документом з питань медичної етики є Етичний кодекс лікаря України[169], прийнятий 27 вересня 2009 р. Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій. За відсутності реєстру всіх лікарських організацій в Україні й неможливості однозначної інтерпретації повноважень, делегованих підписантам цього документа, його статус на сьогодні є невизначеним.

З огляду на відсутність нормативних документів щодо процесу застосування дисциплінарних стягнень за порушення етичних норм професії, можливість участі українських професійних медичних асоціацій у розробці та підтриманні етичних стандартів залишається досить сумнівною.

Висновки до розділу

За результатами аналізу нормативного регулювання діяльності професійних медичних асоціацій в Україні можна зробити висновок про те, що більшість функцій, які могли б виконувати представники професійної спільноти, перебувають на початковій стадії розвитку, а нормативна база потребує оновлення. При розробці відповідних політик МОЗ за переліченими в аналізі напрямами необхідно посилити роль професійних медичних асоціацій для забезпечення балансу і зменшення надмірного впливу державних інституцій.

- За відсутності прямих норм у наказах МОЗ щодо залучення професійних асоціацій до атестації лікарів, їхня участь у процесі допуску до медичної практики є мінімальною. В Україні припинення права на медичну діяльність лежить не стільки у професійній площині діяльності лікарів, скільки у сфері трудових відносин та регулюється шляхом дисциплінарного впливу.
- Наявні нормативні обмеження щодо дисциплінарного впливу на медичних працівників загалом та процесуальні обмеження участі професійних медичних асоціацій у роботі КЕК зумовлюють те, що реалізація професійною спільнотою функції дисциплінарного впливу є нині досить обмеженою.
- Хоча Закон «Про громадські об'єднання» дозволяє професійним медичним організаціям виконувати представницькі функції професії, на практиці роль професійних медичних організацій у цій сфері має формальний характер. Велика кількість професійних асоціацій призводить до того, що в умовах відсутності центрального реєстру медичних працівників вони не можуть реалізовувати представницькі функції.
- Чинна нормативна база передбачає широкі можливості для професійних медичних асоціацій у розробці політики охорони здоров'я як на національному, так і місцевому рівнях. Передумовами такої діяльності є активна позиція професійної спільноти і наявність необхідних навичок адвокації. Проте нормативні документи не передбачають залучення професійних медичних асоціацій до розробки і затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
- Нормативне регулювання питань формування позитивного іміджу певної медичної професії, просування її цінностей надає професійним медичним асоціаціям дуже широкі можливості.
- Участь професійних медичних асоціацій у безперервному професійному розвитку передбачена лише для освітньої діяльності – як провайдерів освітніх послуг.
- Професійні медичні асоціації в Україні мають можливості проведення досліджень і вироблення знань у своїй професії. Роботу з агрегації знань і доступ до таких інформаційних ресурсів нормативно визначено як складові товарних відносин, і вони можуть бути джерелами доходів професійних асоціацій.
- Враховуючи відсутність нормативних документів щодо процедури застосування дисциплінарних стягнень за порушення етичних норм професії, можливість участі

[169] Етичний кодекс лікаря України. Прийнято та підписано Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09.

українських професійних медичних асоціацій у розробці й підтриманні етичних стандартів залишається досить сумнівною.

Інформаційна система щодо кадрових ресурсів

Системи збору та поширення інформації про кадрові ресурси системи охорони здоров'я в країні, які називаються КРІС («Кадрові ресурси – інформаційна система»), є невід'ємною складовою загальної інформаційної системи у сфері охорони здоров'я. Функціональні моделі КРІС включають стандартизовані процеси збору, управління та використання даних для забезпечення точних, своєчасних та всебічних профілів розміру, складу та розміщення робочої сили. Вони мають збирати, аналізувати і трансформувати дані про кадрові ресурси системи охорони здоров'я в ефективну політику управління персоналом.

КРІС в Україні

З 2005 року менеджмент КРІС здійснювало ДП «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України». Саме це підприємство відповідало за формування загального реєстру медичних кадрів на основі автоматизованої бази даних «Облік медичних кадрів України»[170]. На момент написання цього звіту ДП «Реєстр медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України» перебуває у стані припинення (з 03.05.2018). З 2018 р. менеджмент бази даних про кадрові ресурси системи охорони здоров'я має здійснювати ДП «Електронне здоров'я», зокрема перевірку, обробку наданих баз даних, формування центральної бази даних і надання МОЗ України необхідної аналітичної інформації. Фактично керування КРІС передано організації, яка є основним розробником технічного ядра електронного здоров'я (eHealth) у країні. Планується, що інформаційний модуль обліку медичних працівників та спеціалістів має стати частиною загальної структури системи eHealth.

Як показали експертні інтерв'ю, в перехідний період передачі реєстру медичних кадрів до ДП «Електронне здоров'я» система обліку медичних кадрів перебуває у «підвішеному» стані: ЗОЗ продовжують передавати детальні дані про кадрові ресурси, зокрема копії баз даних, сформованих в інформаційній системі «Облік медичних кадрів України», регіональним департаментам/управлінням охорони здоров'я, проте ці дані не передаються на національний рівень та не агрегуються.

Наразі інформаційна система «Облік медичних кадрів України» залишається основною програмою обліку КРОЗ, яку використовують ЗОЗ бюджетного сектору. Програму було розроблено у 2003 р., вона регулярно оновлюється. При розробці програми використано Delphi та SQL-сервер Firebird. Програма має широкий функціонал:

- *Демографічний профіль, освіта і персональні дані щодо кожного співробітника (персональна картка кожного працівника)*: стать, дата народження, паспортні дані, ідентифікаційний код, громадянство, адреса реєстрації та проживання, телефон, склад сім'ї, дані про членів родини, кваліфікаційні категорії та пенсії тощо. Дані про освіту і навчання включать рівень освіти, навчальний заклад, номер диплома та спеціальність, дати проходження й теми обов'язкових курсів підвищення кваліфікації (передатестаційні цикли, курси технічного удосконалення), дати і результати проведення атестацій.
- *Штатно-посадова книга* містить інформацію про працівників на кожній посаді та дозволяє вибрати вакантні посади за спеціальністю, структурним підрозділом та лікувально-профілактичним закладом загалом. Персональна картка кожного працівника пов'язана зі штатним розписом, що дозволяє отримувати інформацію про укомплектованість і наявність вакантних посад.

[170] Програмне забезпечення «Облік медичних кадрів України». URL: https://www.infomed.ck.ua/download/kadry.

- Автоматичне *формування особової картки працівника (форма П-2) і наказів* про прийом на роботу та переведення працівників усіх категорій, звільнення з роботи, надання всіх видів відпусток, сумісництво тощо.
- Автоматизоване *формування статистичних* звітів щодо кадрових ресурсів, які надаються до Центру медичної статистики МОЗ України.
- Автоматизоване *створення звітів з окремих кадрових питань*, таких як укомплектованість, наявність вакантних посад, розподіл працівників за віком, неатестовані медпрацівники, кількість працюючих пенсіонерів тощо. Такі звіти можна дезагрегувати за часом, окремими категоріями працівників, відділеннями чи територіями.
- *Перевірка та коригування* внесеної інформації на предмет її логічної правильності.
- *Експорт баз даних* у MS Excel та агрегованих звітів/наказів у MS Word.

У 2018 р. за підтримки Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» з метою формування національних електронних реєстрів медичних працівників та медичних спеціалістів було розроблено інформаційний модуль КРІС з обліку працівників та спеціалістів, які працюють у сфері охорони здоров'я. Технічне завдання на розробку модуля було затверджено адміністрацією ДП «Електронне здоров'я» та узгоджено з МОЗ України. Інформаційний модуль КРІС було розроблено як частину загальної структури системи eHealth; він передбачає розширення її функціональних можливостей для створення бази даних з обліку кадрів відповідно до чинного законодавства України та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо впровадження електронного реєстру медичних працівників.

У модулі є можливість збирати та зберігати персональну та професійну інформацію про лікарів та інших працівників закладів охорони здоров'я всіх ланок медичної допомоги, що включає їхні персональні дані, відомості про здобуту спеціальну та вищу освіту, кваліфікацію, спеціалізацію, трудовий стаж, посади, атестацію, післядипломну освіту, науковий ступінь, залучення до надання окремих послуг, пов'язаних з ВІЛ, психічним здоров'ям тощо. Формування такого набору даних відповідає класифікатору професій ДК 003:2010, переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, та Реєстру вищих навчальних закладів Єдиної державної електронної бази з питань освіти. Роботу нового модуля узгоджено з принципами комплексного захисту інформації в системі електронного здоров'я та вимогами законодавства України. Модуль пройшов успішне тестування у програмному середовищі системи електронного здоров'я eHealth у грудні 2018 р.

За наказом МОЗ України від 18.06.2019 № 1409 було створено робочу групу з питань отримання міжнародної технічної допомоги – програмного забезпечення для Реєстру медичних спеціалістів. Модуль КРІС планується інтегрувати в загальнонаціональну інформаційну систему eHealth разом з іншими компонентами та модулями щодо медичних послуг. Втім, КРІС має нижчий пріоритет порівняно із впровадженням інших модулів, які безпосередньо стосуються фінансування закладів охорони здоров'я (як наприклад, облік декларацій на первинній ланці, впровадження електронного рецепта тощо), і це може вплинути на строки впровадження оновлень.

Система статистичної звітності

В Україні головною установою, що здійснює збір, обробку та аналіз статистичної інформації щодо КРОЗ, є ДП «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»[171]. Офіційними звітними формами щодо КРОЗ є:

- форма 17 «Звіт про медичні кадри за 20__ рік» (наказ МОЗ України від 10.07.2007 № 378);

[171] Офіційний сайт ДП «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». URL: http://medstat.gov.ua.

- форма 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи – підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики, за 20___ рік» (наказ МОЗ України від 10.07.2007 № 378);
- форма 47 «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів» (наказ МОЗ України від 27.07.2006 № 524).

Алгоритм збору статистичних даних щодо КРОЗ передбачає їх передачу від ЗОЗ на національний рівень тільки в агрегованому стані (**Рис. 45**). З 2018 р., відповідно до наказу МОЗ України від 04.10.2018 № 1802, річні форми звітності 17 та 20 обов'язково заповнюють та подають усі юридичні особи незалежно від їхньої організаційно-правової форми та лікарі-ФОП, які провадять господарську діяльність із медичної практики.

Рисунок 45. Алгоритм передачі статистичної інформації щодо КРОЗ на національний рівень

Аналіз статистичних звітних форм щодо КРОЗ свідчить про те, що вони потребують гармонізації з вимогами Міжнародної стандартної класифікації спеціальностей (International Standard Classification of Occupations, ISCO-2008[172]), яка розрізняє лікарів (загальної практики та спеціалістів), медичних сестер та акушерок, стоматологів, фармацевтів, працівників служб охорони навколишнього середовища, спеціалістів громадського здоров'я, місцевих медико-санітарних фахівців, інших медичних працівників, менеджерів ЗОЗ. В Україні до загальної кількості лікарів разом з лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями терапевтичного та хірургічного профілів також входять керівники закладів, лікарі-лаборанти, лікарі гігієнічного та епідеміологічного профілів, лікарі-бактеріологи та вірусологи, лікарі-стоматологи. До загальної кількості медичних сестер включаються інструктори, дезінфектори, техніки, лаборанти тощо.

Крім цього, такі статистичні форми не відповідають вимогам ВООЗ щодо мінімального набору даних стосовно КРОЗ[173]. Бракує інформації про плинність кадрів та причини звільнення, що необхідно для аналізу внутрішньої та зовнішньої міграції, а також відсутні показники детального розподілу КРОЗ за віком (до 25 років, 25–34 роки, 35–44 роки, 45–54 роки, 55–60 років, 61–64 роки, 65 років і більше). Потребують доопрацювання індикатори навчання в системі безперервного професійного розвитку та ліцензування професійної діяльності.

[172] International Labour Office. (2012). International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, group definitions and correspondence tables. International Labour Office.
[173] Human resources for health information system: minimum data set for health workforce registry. World Health Organization.

Досвід використання КРІС на рівні ЗОЗ

Результати інтерв'ю з керівниками відділів кадрів ЗОЗ бюджетного сектору виявили неоднозначне ставлення до МІС «Облік медичних кадрів України». В одних закладах цю інформаційну систему розглядали як основну, доступну і функціональну, а в інших вважали, що вона використовується винятково для подання статистичної звітності і є незручною для менеджменту кадрів на рівні закладу. Фактично більшість керівників кадрів погодилися, що стикаються з дублюванням даних про кадрові ресурси в різних програмах. Здебільшого використовується MS Excel для формування зручнішого штатного розпису, автоматичного створення звітів або форм, не закладених в «Облік медичних кадрів України», але потрібних для внутрішньої чи зовнішньої звітності. В одному із закладів на додаток до «Обліку медичних кадрів України» дані про кадри також вводилися у програму, написану вже застарілою мовою програмування BASIC понад 30 років тому, яка відтоді не оновлювалася. Ця програма використовувалася тільки через те, що в ній було декілька зручних звітів, важливих для внутрішнього обліку. ЗОЗ, які нещодавно підключилися до інших МІС, що інтегрують декілька інформаційних систем (електронний запис, кабінет лікаря, дані про кадри), починають вводити інформацію про медичні кадри до цих МІС, але це не відміняє ведення «Обліку медичних кадрів України».

> *«Я використовую «Облік медичних кадрів України» тільки тоді, коли треба подавати звітність до департаменту. Програма на іншому комп'ютері, у мене слабкий комп'ютер, на ньому тільки мої форми в MS Excel».*
>
> *(Керівник відділу кадрів обласної лікарні)*

> *«У мене є форми, якими я звітую перед керівником та економічною службою, і я ніяк не можу їх інтегрувати в цю програму [«Облік медичних кадрів України»]. Наприклад, звіт з праці [форма 1-ПВ], звіт про кадри, які працюють за спеціальним рахунком [платні послуги]. У мене є це все в MS Excel».*
>
> *(Керівник відділу кадрів ЦПМСД)*

Дублювання відбувається не тільки в рамках електронних даних, а й між електронним та паперовим форматами. Наприклад, особова справа залишається і на папері, і в електронному вигляді. Тільки в паперовому форматі збираються дані про відвідування конференцій та інших професійних заходів, навчання за межами курсів ТУ та ПАЦ, сертифікати про проходження навчання, а також документи, які потребують підпису. Слід зазначити, що в закладах не завжди вводять повні дані до ІС «Облік медичних кадрів України». Наприклад, рідко фіксують знання іноземних мов, хоча це закладено у програму. Керівники відділів кадрів ЗОЗ бюджетного сектору здебільшого покладаються на нормативні вимоги щодо ведення документації і не збирають того, що не входить до офіційної звітності («*Поки це ніде не вимагається. Коли буде потрібно, будемо вносити», – керівник відділу кадрів обласної лікарні).*

Найбільшою проблемою є відсутність інтероперабельності МІС «Облік медичних кадрів України» та складний алгоритм передачі звітності від ЗОЗ до органів медичної статистики і регіональних департаментів охорони здоров'я, а також їх подальшої агрегації. Хоча всі ЗОЗ бюджетного сектору використовують єдину програму обліку кадрів, тобто всі бази даних про кадри є уніфікованими, передача даних не відбувається автоматично. Співробітники відділів кадрів змушені щоквартально приїжджати до департаментів охорони здоров'я та передавати версії своїх програм на носіях для подальшого узагальнення даних. Ситуація зі статистичною звітністю за річними формами 17 і 20 є ще абсурднішою. Попри те що обидві форми вбудовано в МІС «Облік медичних кадрів України», тобто вони розраховуються автоматично та можуть бути роздруковані, при передачі звітності співробітники вручну переписують дані на паперові форми 17 і 20, які видаються саме в органах медичної статистики. При цьому електронні

форми 17 і 20, сформовані на базі ІС «Облік медичних кадрів України», також подаються разом з їх паперовими аналогами, заповненими під час подання звітності.

> *«Раз на місяць ми відправляємо програму «Облік медичних кадрів України» електронною поштою до департаменту охорони здоров'я. Раз на квартал до нас приходить лист із департаменту, де написано, що ми повинні з'явитися в певний час. Ми їдемо в департамент і здаємо програму на флешці».*
>
> *«Щорічно ми ще здаємо форми 17 і 20. Коли ми вивантажили та роздрукували форми [з «Обліку медичних кадрів України»], їх все одно треба переписувати на паперові носії, які нам видають в органах медичної статистики під час подання звітності. Подаються і паперові, і електронні форми».*
>
> *(Керівник відділу кадрів обласної лікарні)*

МІС «Облік медичних кадрів України» оновлюється майже щомісяця, зокрема у випадку внесення змін до затверджених форм чи звітів. Разом з тим, керівники відділів кадрів повідомляли, що окремі помилки залишаються впродовж тривалого часу. Це свідчить про відсутність регулярного зворотного зв'язку між користувачами та розробниками програми. Наприклад, були нарікання стосовно системи автоматичної перевірки введених даних. Це створює додаткові проблеми при передачі даних про медичні кадри до департаментів охорони здоров'я.

> *«Програма щоразу пише, що неправильно введено ідентифікаційний код, а насправді введено правильно. Є лікар-іноземець, у якого друге ім'я (по батькові) не українське. Програма повідомляє, що ім'я по батькові не відповідає статі. Під час подання звіту в департамент я маю щоразу писати пояснення, що дані введено згідно з наданими документами».*
>
> *(Керівник відділу кадрів ЦПМСД)*

У багатьох країнах дослідження персоналу також є частиною КРІС на рівні закладу, регіональному чи національному рівні для оцінки мотивації, рівня задоволеності та організаційної культури. Опитування медичного персоналу щодо мотивації й задоволеності не є частиною національної системи КРІС. На рівні ЗОЗ така практика не поширена. В ході інтерв'ю керівники відділів кадрів повідомляли про опитування персоналу як про стратегічний напрям, що перебуває у процесі розробки, або як про поодинокі нерегулярні випадки. В окремих закладах здійснювали паперові анкетування або анкетування електронною поштою. Проте навіть у тих закладах, де такі дослідження були, вони не стали джерелом стратегічної інформації, на основі яких приймались певні рішення чи впроваджувалися втручання.

Висновки до розділу

- Інформаційна система перебуває у процесі трансформації: у 2018 р. за підтримки Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» на національному рівні розроблено новий модуль КРІС, який планується інтегрувати в загальнонаціональну інформаційну систему eHealth. КРІС має нижчий пріоритет порівняно з впровадженням інших модулів, які безпосередньо стосуються фінансування закладів охорони здоров'я (наприклад, облік декларацій на первинній ланці, впровадження електронного рецепта тощо), і це може вплинути на строки впровадження оновленої системи КРІС.
- На момент підготовки цього звіту ЗОЗ продовжували здійснювати облік КРОЗ у МІС «Облік медичних кадрів України» – інформаційній системі, яка була основою для підготовки колишнього Реєстру медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України (підтримку Реєстру припинено у 2018 р.). Система агрегації даних про кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Реєстрі була недосконалою. Хоча всі заклади охорони здоров'я використовують однакову програму для обліку кадрів («Облік медичних кадрів України»), агрегація даних не

відбувається автоматично і має складну логістику. Це створює додаткове навантаження та негативно впливає на якість даних. Співробітники відділів кадрів закладів охорони здоров'я, які працюють з МІС «Облік медичних кадрів України», не мають можливості адаптувати інформаційну систему до потреб закладу, наприклад, формувати звіти чи накази, які не є частиною національної звітності, проте важливі для внутрішнього менеджменту кадрів. Це призводить до використання різних інформаційних систем та дублювання даних. Додатковим навантаженням є дублювання паперових та електронних даних про людські ресурси.

- У регіональній і національній статистичній звітності, яка використовується для планування кадрової політики та управління кадровими ресурсами, використовується лише мінімальний набір індикаторів із загалу тих, що збирають медичні заклади. Відсутні аспекти плинності кадрів, їх утримання й задоволеності, ефективності роботи і навчання впродовж життя. Обмеженою є дезагрегація показників за статтю й віком, а також за міськими/сільськими територіями. Відсутній єдиний електронний реєстр медичних кадрів.

Загальні висновки

Статистичний профіль

Кадрова криза стосується насамперед середнього медичного персоналу, а не лікарів. З 1993 р. щільність лікарів як за національним, так і за міжнародним обліком суттєво не змінюється, тоді як щорічні темпи приросту медичних сестер є переважно негативними. Враховуючи тенденції реформи щодо оптимізації мережі ЗОЗ та зміни в системі фінансування спеціалізованої допомоги, які набудуть чинності з 2020 р., можна очікувати на оптимізацію закладів, зокрема їх укрупнення чи перепрофілювання; це, в свою чергу, може вплинути на подальше скорочення чисельності медичного персоналу.

Проблема забезпеченості лікарями та середнім медичним персоналом є особливо критичною для сільських територій. Регіони з високою часткою сільського населення часто мають проблеми з залученням медичного персоналу.

Географічний розподіл медичних кадрів є нерівномірним. Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.

2018 рік є переламним у динаміці медичних кадрів. У 2017–2018 рр. значно зріс темп зменшення щільності лікарів та особливо – медичних сестер, що може опосередковано свідчити про міграцію кадрів. Найвищі темпи зменшення кількості лікарів за цей період спостерігаються в західних прикордонних областях країни. Впродовж останніх років також відмічається стрімке зростання кількості запитів та звернень лікарів до медичних ЗВО та закладів післядипломної освіти для підтвердження документів про освіту і встановлення апостилю, що опосередковано свідчить про наміри емігрувати. Разом з цим, це також може бути наслідком виходу з професії або переходом у приватну практику.

У загальній структурі медичної допомоги є надлишок КРОЗ спеціалізованої допомоги. Чотири з п'яти лікарів є лікарями-спеціалістами. Частка лікарів-спеціалістів є вищою за середньоєвропейський показник (4.5 лікаря-спеціаліста на одного лікаря первинної ланки в Україні, 3:1 – у ЄС). Зростання кількості сімейних лікарів здебільшого відбувається за рахунок перепрофілювання терапевтів та педіатрів, а не збільшення частки лікарів первинної ланки.

Щороку збільшується перелік спеціальностей лікарів спеціалізованої допомоги, щільність яких знижується. У 1993–2013 рр. негативний середньорічний темп приросту

мали 13 спеціальностей: лікарі функціональної діагностики, радіологи, психотерапевти, фтизіатри, рентгенологи, токсикологи, імунологи, фізіотерапевти, лікарі лікувальної спортивної медицини, госпітальні педіатри, госпітальні терапевти, дієтологи та санологи. З 2014 по 2018 рр. негативний середньорічний темп приросту демонстрували вже 23 спеціальності. До перелічених вище спеціальностей додалися урологи, пульмонологи, невропатологи, гастроентерологи, хірурги, психіатри, ревматологи, акушери-гінекологи, отоларингологи, трансфузіологи, наркологи, дерматологи, офтальмологи і сексопатологи.

Соціально-демографічний профіль медичних кадрів свідчить про гендерний дисбаланс та проблему старіння кадрів. Два з трьох лікарів – жінки, а середній медичний персонал – майже всі жінки (понад 90%). Частка осіб пенсійного віку серед лікарів та середнього медичного персоналу зростала до 2011 р., після чого стабілізувалася на рівні 25% серед лікарів та 13% – серед середнього медичного персоналу. Сьогодні на одного випускника медичного ЗВО припадає чотири лікарі пенсійного віку.

Проблема укомплектованості посад вирішується внутрішнім сумісництвом замість пошуку додаткових кадрів. Укомплектованість штатних посад лікарів становить 88%, а середнього медичного персоналу – 93%. Регіони та спеціальності, які мають високий рівень укомплектованості, також, як правило, мають нижчий коефіцієнт суміщення посад. Це свідчить про те, що суміщення посад є поширеною практикою для закриття вакантних позицій. Водночас, статистичні показники неукомплектованості медичних працівників у нинішній, ще не повністю реформованій системі надання медичної допомоги не є об'єктивним відображенням дефіциту медичних працівників, тому що чинна система планування штатів ЗОЗ бюджетного сектору (які не є КНП) не дозволяє здійснювати раціоналізацію КРОЗ відповідно до потреб пацієнтів.

Відповідність характеристик КРОЗ потребам населення

В Україні **відсутня національна оцінка відповідності потреб населення** у вимірі захворюваності та факторів ризику **структурі та кількості КРОЗ**. Це ускладнює планування КРОЗ.

Тягар захворюваності у країні пов'язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками; це зумовлює необхідність збільшення кількості лікарів та медичних сестер первинного рівня медичної допомоги та розширення їхніх функцій. Наразі максимальна кількість ресурсів зосереджена на рівні спеціалізованої допомоги. Розширення ролі первинної ланки медичної допомоги відповідає національній реформі первинної ланки в Україні. Також національні концепції щодо екстреної допомоги, неінфекційних захворювань, психічного та громадського здоров'я покладають низку додаткових функціональних обов'язків на лікарів ЗПСМ, проте рівень відповідності їхніх знань та кваліфікації для виконання таких функціональних обов'язків не визначено.

Низька задоволеність системою медичної допомоги, вища задоволеність медичним персоналом. За результатами національних досліджень (КМІС, СГ «Рейтинг»), тільки кожен десятий задоволений якістю медичної допомоги, проте два з трьох опитаних задоволені своїм сімейним лікарем; рівень задоволеності сімейними лікарями вищий, ніж вузькопрофільними спеціалістами.

Залучення соціальних працівників

Сьогодні в Україні мало поширена практика залучення соціальних працівників до роботи в медичних закладах, що може бути пов'язано з відомчою розрізненістю систем надання медичних та соціальних послуг. У державних ЗОЗ є практика співпраці з

громадськими організаціями, які надають соціальні послуги, але переважно у сферах профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу, наркології, паліативного догляду та психічного здоров'я.

Роль соціальних працівників потребує роз'яснення як для лікарів, так і для управлінців медичних закладів. Труднощі залучення соціальних працівників до роботи в ЗОЗ пов'язані з відсутністю чіткого розуміння медичними закладами їхньої ролі й завдань та відсутністю у медичних працівників досвіду й навичок роботи в мультидисциплінарній команді. Важливо популяризувати досвід включення до штатного розпису посад соціальних працівників та психологів, досвід закупівлі соціальних послуг у державних та недержавних закладах. Це сприятиме формуванню попиту на соціальну роботу в цих закладах.

І медичні, і соціальні працівники потребують удосконалення навчальних програм щодо аспектів соціальної роботи в ЗОЗ. Для покращення підготовки соціальних працівників до роботи в медичних закладах варто розглядати можливості впровадження спеціалізацій «Клінічна соціальна робота», «Медична соціальна робота». Крім того, важливою є розробка стандартів практики соціальних працівників у різних сферах охорони здоров'я та короткострокових (2–3 місяці) курсів для підготовки соціальних працівників до роботи з різними групами клієнтів у медичних закладах різного рівня. Варто також включити в підготовку лікарів тематику, що стосується роботи в мультидисциплінарній команді. Ознайомлення з мультидисциплінарним підходом сприятиме кращому розумінню медиками ролі соціальних працівників та психологів, ефективнішій взаємодії між ними в команді і, як наслідок, кращій якості послуг для пацієнтів.

Роль соціальних працівників варто розширювати за межі роботи з пацієнтами, адже вони також можуть слугувати ресурсом і для персоналу закладів, у яких працюють. Формуючи посадові обов'язки соціальних працівників у ЗОЗ, варто включати обов'язки консультування персоналу, наприклад, щодо профілактики вигорання.

Освіта і професійний розвиток

Кількість громадян України, що здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями, упродовж тривалого часу є сталою. Певне скорочення набору абітурієнтів зумовлено підвищенням вимог до їх підготовки (політика 150+ балів ЗНО) відбувається з 2018 р., але воно не є критичним для системи охорони здоров'я.

Щороку зростає частка іноземних студентів, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями. Водночас, зростання кількості іноземних студентів може бути ризиком щодо якості їхньої підготовки, створювати надмірне навантаження на матеріальні й кадрові ресурси медичних ЗВО і бути джерелом конфлікту інтересів. ЗВО мають сильну фінансову мотивацію зберігати контингент таких студентів, оскільки розмір плати за навчання для іноземних студентів у 3–5 разів більший, ніж вартість навчання за контрактом для громадян України.

Успішність навчання в медичних університетах та академіях варіює залежно від форми фінансування навчання та категорії студента (громадяни України чи іноземці). Студенти спеціальностей «Медицина», «Стоматологія» та «Фармація» бюджетної форми навчання – громадяни України майже всі складають ліцензійний іспит. Нижчий рівень успішності серед студентів контрактної форми навчання – громадян України та іноземних студентів, особливо тих, які навчалися на російськомовних програмах. У 2018 р. ліцензійний іспит не склали приблизно 10% випускників спеціальності «Медицина» контрактної форми навчання – громадян України та випускників-іноземців з англомовних програм і чверть випускників-іноземців російськомовних програм.

Найчастіше медсестри здобувають освіту рівня молодшого спеціаліста в медичних училищах і коледжах; освіта рівня бакалавра чи магістра не є поширеною. Це пов'язано з декількома чинниками. По-перше, рівень середньої спеціальної освіти тривалий час був стандартом освіти для медичних сестер, а вища освіта не надавала додаткових переваг на українському ринку праці. По-друге, кількість бакалаврських та магістерських програм з медсестринства є обмеженою. Разом з тим, зростає значущість диплома бакалавра з медсестринства як «неофіційної» переваги при конкурсі на посаду старшої медичної сестри або для потенційної еміграції.

Кадровий резерв випускників, які здобули освіту рівня молодшого спеціаліста в медсестринстві, є обмеженим. Понад чверть медсестер – молодших спеціалістів продовжують навчання на інших спеціальностях, ніж медсестринство. Кожна десята медична сестра продовжує навчання за межами медичної професії.

Програми підготовки медичних сестер рівня молодшого спеціаліста спрямовані на формування «універсального» спеціаліста і приділяють недостатній час розвитку практичних навичок. Чинний стандарт освіти на цьому рівні не передбачає можливості спеціалізації та глибшої підготовки медсестер за певним напрямом медицини. Крім того, передбачається опанування великої кількості практичних вмінь, хоча загальна передбачена навчальними планами тривалість практичної підготовки медсестер становить лише вісім тижнів і є недостатньою для якісного відпрацювання необхідних навичок.

Програми підготовки медсестер на рівні бакалавра та магістра формально спрямовані на підготовку управлінців у медичній сфері, але не реалізують це завдання достатньою мірою. Чинний однорічний бакалаврат не достатній ані для поглиблення знань студентів з медицини, ані для формування достатніх знань з управління.

Процедура вступу до інтернатури є досить бюрократизованою, непрозорою та неефективною щодо мотивації кадрів. Вступ до інтернатури вимагає виконання значної кількості процедур. Лікарі-інтерни мають мінімальну заробітну плату і змушені оплачувати навчання в інтернатурі, якщо вони не навчалися до цього за кошти державного замовлення.

Упродовж 2018–2019 рр. відбулися значні зміни в системі обов'язкового підвищення кваліфікації медичного персоналу. До 2019 р. система підвищення кваліфікації українських лікарів включала атестацію на присвоєння та підтвердження кваліфікаційної категорії кожні п'ять років. Зараз лікарі мають брати участь у заходах з підвищення кваліфікації щороку через формальне або інформальне (дистанційне) навчання, і їм не обов'язково проходити підвищення кваліфікації саме в закладах післядипломної медичної освіти. Разом з тим, фінансування «нових» способів підвищення кваліфікації лікарів фактично лягає на них самих, що може бути джерелом незадоволеності та демотивації. Передбачається, що таку систему безперервного професійного розвитку буде запроваджено для всіх фахівців у сфері охорони здоров'я, хоча відповідний новий порядок для медичних сестер ще не розроблено. Також не встановлено окремого порядку безперервного професійного розвитку для управлінців ЗОЗ.

Система управління КРОЗ

Відсутня стратегія планування кадрових ресурсів як на національному рівні, так і на рівні окремих ЗОЗ. Наразі планування кадрового забезпечення в ЗОЗ спеціалізованого рівня допомоги спирається на положення наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», який втратив чинність у 2016 р. Зміни в чисельності кадрового забезпечення закладів після 2016 р., які подекуди впроваджувалися, були ситуативними і не мали системного характеру. Втрата чинності наказу № 33 не привела до оптимізації кадрових ресурсів, тому що не змінилася система лінійного фінансування ЗОЗ,

відповідно до якої змінювати штатний розпис закладу можна лише в межах кошторисних призначень статті оплати праці та нарахувань.

Наявні практики пошуку та відбору медичних кадрів для заміщення вакантних посад у бюджетних ЗОЗ є неефективними, непрозорими і неконкурентними. В умовах відсутності реального ринку медичних кадрів у бюджетному секторі, конкурсна основа прийому на роботу не використовується. Оцінка відповідності претендента вакантній посаді відбувається переважно за формальними ознаками, визначеними у кваліфікаційних вимогах (диплом, стаж, кваліфікаційна категорія тощо).

Оскільки поширеним є використання типових форм посадових інструкцій без урахування індивідуальних компетенцій медичних працівників, реальну відповідність компетенцій/обов'язків кваліфікаційним вимогам оцінити не можна. У посадових інструкціях формально відображено питання кваліфікаційних вимог і компетенцій медичних працівників відповідно до Національного класифікатора професій, Довідника кваліфікаційних характеристик та інших документів.

***У* бюджетних ЗОЗ забезпеченість медичних працівників необхідним мінімальним обладнанням є нерівномірною.** Це може обмежувати реалізацію медичними працівниками їхніх професійних компетенцій та виконання в повному обсязі вимог клінічних протоколів надання медичної допомоги, а також негативно впливає на рівень їх задоволеності своєю роботою.

Медичні працівники недостатньо інформовані про заходи їх соціального захисту на робочому місці. Питання забезпечення ефективного захисту медичного персоналу від неправомірних або агресивних дій відвідувачів медичних закладів та пацієнтів також здебільшого не врегульовано.

Стратегічне планування на рівні ЗОЗ відбувається без залучення всіх працівників закладу. Формування стратегії ЗОЗ, його місії та планів розвитку реалізується переважно на рівні адміністрації та керівників структурних підрозділів. Рядових співробітників (як лікарів, так і медичних сестер) зрідка залучають на стадії планування і частіше за все інформують про вже розроблене бачення в межах функціональних повноважень. В умовах реформи та зміни системи фінансування комунікація між керівниками та персоналом закладу, а також залучення персоналу до прийняття стратегічних рішень є критично важливими. Нерозуміння планів розвитку закладів, оновлення обладнання чи інших питань може бути джерелом незадоволеності персоналу, зниження мотивації чи взагалі відтоку кадрів.

Нинішнє **неефективне використання кадрових ресурсів** системи охорони здоров'я є наслідком недотримання пацієнтами алгоритму переадресації між різними рівнями медичної допомоги, значних витрат часу на заповнення медичної документації та дублювання форм звітності.

Моніторинг робочого навантаження не є рутинною практикою в ЗОЗ. У ЗОЗ бюджетного сектору аналіз робочого навантаження зазвичай відсутній або є номінальним (аналізуються табелі обліку робочого часу). Відсутній моніторинг реальних затрат часу та кількості пацієнтів/випадків на кожну одиницю медичного персоналу, а також моніторинг робочого навантаження сумісників. Наявність хронометражу складових робочого часу окремих категорій медичних працівників у межах ЗОЗ зараз скоріше є винятком, ніж звичною практикою для менеджменту робочого навантаження та оптимізації використання кадрових ресурсів.

Низька гнучкість у плануванні часу амбулаторної консультації. Все більше ЗОЗ переходить на систему електронного запису та черги. Це допомагає скоротити час очікування пацієнтів та регулювати навантаження медичного персоналу. Разом з тим, заклади переважно

використовують фіксовану тривалість консультацій (у середньому 15 хвилин) у межах амбулаторного прийому незалежно від мети візиту. Натомість у розвинених країнах поширюється практика, коли сімейним лікарям не встановлюються нормативи щодо кількості консультацій за годину; вони можуть самостійно планувати тривалість візиту залежно від його мети.

Перерозподіл обов'язків між персоналом є обмеженим. Хоча готовність медичного персоналу до опанування нових компетенцій є високою, ставлення до передачі функціональних обов'язків є неоднозначним. Лікарі та медсестри можуть це розглядати не стільки як «розвантаження», скільки як потенційну втрату частини оплати праці. Управлінці ЗОЗ підкреслюють обмеженість перерозподілу обов'язків через чітке нормативне регулювання функціоналу медичних працівників та відсутність середнього медичного персоналу з необхідною освітою. Здебільшого перерозподіл обов'язків від лікарів до медичних сестер практикується не в клінічному, а в адміністративному напрямі (наприклад, щодо моніторингу або координації звітності).

Відмінності в розумінні ролі оцінки ефективності КРОЗ. Бачення системи оцінки ефективності персоналу суттєво відрізняється між державними та приватними ЗОЗ. У приватних закладах це, скоріше, аспект операційної ефективності та розвитку людських ресурсів, підвищення продуктивності (наприклад, щодо скорочення часу очікування чи покращення дохідності). У державних закладах переважають питання якості та безпеки медичних послуг, захисту пацієнтів, що підкріплюється нормативно-правовою базою. Це формує незбалансований підхід до оцінки персоналу, коли керівники зосереджують основну увага винятково на клінічних результатах (таких як охоплення послугами, летальність) чи, навпаки, на фінансових або операційних показниках.

Епізодичний контроль замість КПЕ (ключових показників ефективності). Наразі основним інструментом оцінки ефективності діяльності лікарів та медсестер залишається атестація. За межами атестації оцінка ефективності персоналу не є системною і скоріше є наслідком розслідування певних порушень/помилок, ніж рутинною практикою.

Суб'єктивність і непрозорість індикаторів оцінки персоналу. КПЕ – це насамперед кількісні показники, що відображають, наскільки добре організація досягає поставлених цілей і завдань. Індикатори якості медичної допомоги та ефективності діяльності лікарів, визначені в нормативних документах національного рівня або рівня закладів охорони здоров'я, часто не конкретні, не вимірювані й не мають чітких часових рамок. Переважає експертна бальна оцінка, яка є досить суб'єктивною.

КПЕ не інтегровані в МІС. Одна з основних причин відсутності КПЕ – це обмеження системи збору даних, необхідних для оцінки показників. Зараз у процесі реформи системи охорони здоров'я та розвитку електронного здоров'я бюджетні ЗОЗ поступово підключаються до медичних інформаційних систем. Разом з тим, система звітності в таких системах не завжди надає можливість всебічного аналізу якості роботи персоналу.

Схеми стимулювання застосовуються незалежно від стратегій розвитку закладів чи цілей. Розробка ефективних фінансових та нефінансових винагород має тісно узгоджуватися зі стратегічними цілями, нормами та цінностями. Невизнання цієї системи має ризик негативного і демотиваційного ефекту. Так, стимулювання навчанням є найбільш ефективним тоді, коли це забезпечує можливості для кар'єрного росту та узгоджується з локальними умовами та інфраструктурою[174].

[174] Mathauer I. & Imhoff I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of nonfinancial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, vol. 4, article 24.

Для застосування практики плати за продуктивність бракує чітких показників. Відсутність практики плати за продуктивність у закладах зазвичай пояснюється не прогалинами законодавчої бази чи обмеженим бюджетом, а саме нерозумінням того, які КПЕ для цього використовувати. Стимулювання за допомогою КПЕ дозволить встановити чіткі та вимірювані критерії оцінки ефективності роботи різних категорій персоналу й забезпечить регулярний зворотний зв'язок із керівником і пацієнтами. Слід зазначити, що фінансове стимулювання на основі КПЕ щодо клінічних результатів має враховувати стратегію й цілі закладу та охоплювати всі ключові послуги. Незбалансовані КПЕ щодо клінічних результатів, наприклад, фінансовий бонус тільки за високе охоплення вакцинацією, можуть негативно вплинути на якість надання інших послуг.

Відсутня оцінка економічної ефективності фінансових стимулів. У світі поширена практика оцінки фінансових прямих та непрямих стимулів в аспекті співвідношення витрат і результатів на рівні ЗОЗ чи в рамках місцевих програм розвитку (наприклад, якими мають бути оптимальні критерії для програм забезпечення житлом у сільських районах з точки зору тривалості контракту, чи ефективна така програма для залучення медичного персоналу). Аналогічним чином це може застосовуватися до інших бонусів. В Україні зараз така практика здебільшого відсутня.

Для успішної стратегії залучення та утримання медичних працівників у сільських районах необхідно впроваджувати комплекс заходів, зокрема фінансових, освітніх та організаційних стимулів. В Україні схеми стимулювання медичних працівників до роботи в сільських районах включають одноразову фінансову допомогу, фінансові надбавки до зарплати (до 50% окладу), забезпечення житлом або пільговими кредитами на житло, забезпечення авто- чи мототранспортом, а також оплату навчання в інтернатурі в рамках районних програм місцевих стимулів. Відповідно до міжнародних рекомендацій[175], для залучення та утримання медичного персоналу в сільських та віддалених районах поодинокі втручання/стимули не є ефективними. Хорошою практикою може бути раннє залучення до роботи в сільській місцевості: розміщення навчальних медичних закладів за межами міст, дослідницькі стипендії, стажування в сільській місцевості[176].

Висловлення подяки у відкритих джерелах. Висловлення подяки є одним з основних нефінансових стимулів. В умовах конкуренції на первинній ланці, коли пацієнти мають можливість самостійного вибору лікаря, висловлення подяки не тільки є визнанням досягнень та результатів медичного працівника, а й може сприяти залученню нових пацієнтів, що відображається на його оплаті праці. Важливо використовувати веб-сайти ЗОЗ та їхні сторінки в соціальних мережах для поширення інформації про досягнення і висловлення подяки.

Роль професійних медичних асоціацій у розвитку кадрових ресурсів

Аналіз нормативного регулювання діяльності професійних медичних асоціацій в Україні свідчить, що **більшість функцій, які могли б виконувати представники професійної спільноти, перебувають на початковій стадії розвитку, а нормативна база потребує оновлення**. При розробці відповідних політик МОЗ за переліченими в аналізі напрямами необхідно посилити роль професійних медичних асоціацій для забезпечення балансу і зменшення надмірного впливу державних інституцій.

- За відсутності прямих норм у наказах МОЗ щодо залучення професійних асоціацій до атестації лікарів, їхня участь у процесі допуску до медичної практики є мінімальною. В

[175] Araujo, E., & Maeda, A. (2013). How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note.

[176] Wilson N.W., I.D. Couper, E. de Vries, S.Reid, T.Fish, and B.J. Marais. 2009. A Critical Review of Interventions to Redress the Inequitable Distribution of Healthcare Professionals to Rural and Remote Areas. *Rural Remote Health*, Vol. 9: 1060.
Grobler L.A., B.J. Marais, S.A. Mabunda, P.N. Marindi, H.Reuter, and J.Volmink. 2009. Interventions for Increasing the Proportion of Health Professionals Practicing in Rural and Other Underserved Areas. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD005314.

Україні припинення права на медичну діяльність лежить не стільки у професійній площині діяльності лікарів, скільки у сфері трудових відносин та регулюється шляхом дисциплінарного впливу.

- Наявні нормативні обмеження щодо дисциплінарного впливу на медичних працівників загалом та процесуальні обмеження участі професійних медичних асоціацій у роботі КЕК зумовлюють те, що реалізація професійною спільнотою функції дисциплінарного впливу є нині досить обмеженою.
- Хоча Закон «Про громадські об'єднання» дозволяє професійним медичним організаціям виконувати представницькі функції професії, на практиці роль професійних медичних організацій у цій сфері має формальний характер. Велика кількість професійних асоціацій призводить до того, що в умовах відсутності центрального реєстру медичних працівників вони не можуть реалізовувати представницькі функції.
- Чинна нормативна база передбачає широкі можливості для професійних медичних асоціацій в розробці політики охорони здоров'я як на національному, так і місцевому рівнях. Передумовами такої діяльності є активна позиція професійної спільноти і наявність необхідних навичок адвокації. Проте нормативні документи не передбачають залучення професійних медичних асоціацій до розробки і затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
- Нормативне регулювання питань формування позитивного іміджу певної медичної професії, просування її цінностей надає професійним медичним асоціаціям дуже широкі можливості.
- Участь професійних медичних асоціацій у безперервному професійному розвитку передбачена лише для освітньої діяльності – як провайдерів освітніх послуг.
- Професійні медичні асоціації в Україні мають можливості для проведення досліджень і вироблення знань у своїй професії. Роботу з агрегації знань і доступ до таких інформаційних ресурсів нормативно визначено як складові товарних відносин, і вони можуть бути джерелами доходів професійних асоціацій.
- Враховуючи відсутність нормативних документів щодо процедури застосування дисциплінарних стягнень за порушення етичних норм професії, можливість участі українських професійних медичних асоціацій у розробці й підтриманні етичних стандартів залишається досить сумнівною.

Інформаційна система щодо кадрових ресурсів

Інформаційна система щодо КРОЗ перебуває у процесі трансформації. У 2018 р. за підтримки Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» на національному рівні розроблено новий модуль КРІС, який планується інтегрувати в загальнонаціональну інформаційну систему eHealth. КРІС має нижчий пріоритет порівняно з впровадженням інших модулів, які безпосередньо стосуються фінансування закладів охорони здоров'я (наприклад, облік декларацій на первинній ланці, впровадження електронного рецепта тощо), і це може вплинути на строки впровадження оновленої системи КРІС. На момент підготовки цього звіту ЗОЗ продовжували здійснювати облік КРОЗ у МІС «Облік медичних кадрів України» – інформаційній системі, яка була основою для підготовки колишнього Реєстру медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників системи МОЗ України (підтримку Реєстру припинено у 2018 р.). Система агрегації даних про кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Реєстрі була недосконалою. Хоча всі заклади охорони здоров'я використовують однакову програму для обліку кадрів («Облік медичних кадрів України»), агрегація даних не відбувається автоматично і має складну логістику. Це створює додаткове навантаження та негативно впливає на якість даних.

Обмеженість національної статистичної звітності щодо кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я*.* Існує розрив між даними щодо медичного персоналу, які збираються на рівні ЗОЗ, і даними, що агрегуються на регіональному й національному рівнях. Фактично у

статистичній звітності, яка використовується для планування кадрової політики та управління кадровими ресурсами, використовується лише мінімальний набір індикаторів із загалу тих, що збирають медичні заклади. Відсутні аспекти плинності кадрів, їх утримання і задоволеності, ефективності роботи і навчання впродовж життя. Стандартні індикатори щодо кваліфікаційних категорій та обов'язкових атестацій не формують повної картини персонального розвитку та навчання лікарів і середнього медичного персоналу. Обмеженою є дезагрегація показників за статтю і віком, а також у розрізі міських/сільських територій. У відкритих даних відсутній єдиний електронний реєстр медичних кадрів.

Національна статистична звітність щодо медичних кадрів не гармонізована з міжнародними стандартами (ISCO-2008); через це національний облік лікарів та медичних сестер переоцінює їхню кількість, оскільки включає спеціальності, які за міжнародним класифікатором не враховуються. Національна оцінка абсолютної кількості лікарів є на чверть вищою за аналогічну оцінку, отриману шляхом застосування міжнародного стандарту розрахунку, а оцінка середнього медичного персоналу – на 13% вищою. Це ускладнює порівняння українських даних щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я з іншими країнами.

Рекомендації

Підсумовуючи, слід зазначити, що поточна реформа охорони здоров'я може внести корективи в кількість і розподіл кадрових ресурсів. Так, фінансування за послугу чи випадок приведе до оптимізації мережі закладів, у т. ч. за рахунок перерозподілу кадрових ресурсів. Нестача та нерівномірний розподіл кадрів, які зараз спостерігаються, можуть зійти нанівець у міру впровадження програми медичних гарантій, хоча прогнози щодо медичних сестер залишаються невтішними.

Важливо мати стратегічну рамку щодо розвитку КРОЗ у період медичної реформи, оскільки поліпшення системи охорони здоров'я та охоплення медичними послугами суттєвою мірою залежить від людських ресурсів. **На момент написання цього звіту в Україні відсутні національна стратегія та план дій щодо КРОЗ, проте низка стратегічних документів включає окремі аспекти політики управління та розвитку людських ресурсів системи охорони здоров'я**: зміни в моделі фінансування та управління КРОЗ, покращення якості освіти і професійного розвитку лікарів, зміцнення даних щодо КРОЗ (**Табл. 13**). Наразі відсутні стратегічні документи, в яких визначено цілі й завдання щодо міжсекторального співробітництва та адвокації для зміцнення КРОЗ, розвитку професійних медичних організації та асоціацій, освіти і професійного розвитку медичних сестер та немедичних КРОЗ, запровадження КРІС та оптимізації статистичної звітності щодо кадрових ресурсів тощо.

Таблиця 13. Стратегічні документи у сфері охорони здоров'я України, які включають аспекти політики управління та розвитку людських ресурсів

Документ	Опис
Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років[177]	Контекст, бачення, принципи, пріоритети, завдання та основні кроки реформування української системи охорони здоров'я.
Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, 2016 р.[178]	Зміни моделі фінансування та управління КРОЗ: • Утворення єдиного національного замовника медичних послуг.

[177] Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf.
[178] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-р.

	• Автономізація надавачів медичної допомоги. • Запровадження принципу «Гроші ходять за пацієнтом». • Розробка електронних реєстрів пацієнтів та надавачів медичних послуг.
Стратегія розвитку медичної освіти, 2019 р.[179]	Покращення якості освіти і професійного розвитку лікарів: • Встановлення високого прохідного бар'єру на вступ для майбутніх лікарів (політика 150+ балів). • Оцінювання студентів-медиків відповідно до міжнародних стандартів (впровадження єдиного державного кваліфікаційного іспиту). • Затвердження нових освітніх стандартів для спеціальностей «Медицина», «Стоматологія», «Педіатрія». • Нова модель інтернатури (створення національного рейтингу випускників). • Запровадження резидентури. • Нова система безперервного професійного розвитку (щорічне підвищення кваліфікації, визнання освіти, отриманої за кордоном, участі у професійних семінарах та конференціях, онлайн-курсів тощо).
Проект Концепції інформатизації охорони здоров'я України, 2019 р.[180] (на етапі громадського обговорення)	Окремих цілей і завдань щодо КРІС не визначено. Передбачається створення єдиного медичного інформаційного простору, гармонійний взаємозв'язок із суміжними галузями та сферами як на рівні України, так і на міждержавному.

Відповідно до ВООЗ[181], політика щодо КРОЗ має включати інтервенції в шести напрямах: 1) *система управління КРОЗ*: планування людських ресурсів, робочі умови, менеджмент продуктивності та інформаційна система щодо КРОЗ; 2) *лідерство*: адвокація для формування плану дій щодо КРОЗ, моніторингу та оцінки його виконання, розвиток професійних асоціацій у сфері охорони здоров'я, програми лідерства для керівників ЗОЗ; 3) *партнерство*: впровадження механізмів та процесів мультисекторальної кооперації з широким колом зацікавлених сторін, державно-приватні партнерства і залучення громадськості; 4) *фінансування*: забезпечення конкурентних фінансових стимулів та мотиваторів для КРОЗ, бюджетування та оцінка потреб у ресурсах для інтервенцій щодо КРОЗ; 5) *освіта*: відповідність навчальних програм для КРОЗ потребам системи охорони здоров'я; безперервний професійний розвиток, зміцнення потенціалу навчальних закладів; 6) *політика*: професійні стандарти, ліцензування та акредитація. Комплексний план дій у цих напрямах має спрямовуватись на досягнення найкращих результатів щодо КРОЗ[182], яким властиві:

- *наявність* – достатній запас КРОЗ з відповідними компетенціями та кваліфікаціями, які відповідають потребам населення у здоров'ї;
- *доступність* – рівний доступ до КРОЗ, у тому числі з точки зору тривалості поїздки і транспорту, робочих годин, доступності окремих спеціалістів, системи переадресації та вартості послуг;
- *прийнятність* – характеристики і здатність КРОЗ гідно ставитися до всіх, формувати довіру та сприяти попиту на медичні послуги;
- *якість* – компетенції, вміння, знання та поведінка КРОЗ відповідають професійним нормам і забезпечують високий рівень задоволеності споживачів послуг.

Рекомендації, сформовані на основі ситуаційного аналізу, базуються на чотирьох цілях: 1) удосконалення політики і партнерства щодо КРОЗ; 2) зміцнення системи управління КРОЗ; 3)

[179] Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 95-р «Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-р.
[180] Проект Концепції інформатизації охорони здоров'я України. URL: ihttps://moz.gov.ua/article/public-discussions/proekt-rozporjadzhennja-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-shvalennja-koncepcii-informatizacii-ohoroni-zdorov'ja-ukrain.
[181] Conceptual framework for human resources for health / Global Health Workforce Alliance. Available at: https://www.capacityproject.org/framework.
[182] Campbell, J., Buchan, J., Cometto, G., David, B., Dussault, G., Fogstad, H., ... & Quain, E.E. (2013). Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 853–863.

покращення освіти і розвитку КРОЗ; 4) зміцнення інформаційної системи і даних щодо КРОЗ (**Рис. 46**).

Рисунок 46. Концептуальна рамка стратегії щодо КРОЗ в Україні

(Адаптовано на основі керівництва Глобального альянсу з трудових ресурсів охорони здоров'я[183]*)*

Ціль 1. Удосконалення політики і партнерства щодо КРОЗ

- **Розробити і запровадити національну стратегію та план дій щодо розвитку КРОЗ**, яка охоплює аспекти входу на ринок праці, утримання, управління і виходу та узгоджується з концепцією і стратегією розвитку сфери охорони здоров'я загалом, стратегічними документами щодо освіти, працевлаштування, гендерних проблем, міграції та фіскальної політики. Така стратегія має базуватися на потребах населення в послугах охорони здоров'я та вирішувати ключові проблеми щодо КРОЗ: нестачу медичних сестер, проблеми нерівномірного розподілу людських ресурсів, зовнішню міграцію, нераціональне використання кадрових ресурсів та недоліки управління КРОЗ.
- **Розробити політики щодо зовнішньої трудової міграції медичних сестер**. За даними ситуаційного аналізу, основні втрати медичного персоналу впродовж останніх років відбуваються саме за рахунок медичних сестер, зокрема з причин міграції. Політика країн з високим рівнем доходу щодо закриття дефіциту медичних сестер часто базується на рекрутингу КРОЗ із країн з нижчим за середній та низьким рівнями доходу[184]. Україна може стати вагомим джерелом набору медичних сестер для країн ЄС, зокрема через послаблення міграційного законодавства для медичних працівників у таких країнах[185]. Важливо запровадити ефективний моніторинг міграційних потоків КРОЗ. Варіанти політики щодо управління міграцією медсестер включають покращення умов праці, укладення багатосторонніх угод для більш ефективного управління міграційним потоком та розробку механізмів компенсації між країнами-джерелами та країнами призначення[186].
- **Запровадити професійні стандарти для лікарів та середнього медичного персоналу** з урахуванням компетентісного підходу і за участю різних зацікавлених сторін (органів влади, професійних організацій, медичного персоналу тощо). Професійні стандарти відображають бажаний і досяжний рівень працездатності, їхня

[183] Conceptual framework for human resources for health / Global Health Workforce Alliance. Available at: https://www.capacityproject.org/framework/.
[184] Riley, P., & Vindigni, S. (2005). The Migration of Nurses: Trends and Policies. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), 353–353.
[185] Germany passes immigration law to lure non-EU skilled workers / *The Guardian*, 19.12.2018. Retrieved from: https://www.theguardian.com/world/2018/dec/19/germany-passes-immigration-law-to-lure-non-eu-skilled-workers.
[186] Riley, P., & Vindigni, S. (2005). The Migration of Nurses: Trends and Policies. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), 353–353.

основна мета – підтримувати безпечну та компетентну медичну практику. Вони мають передбачати варіанти делегування функцій ліцензованому та неліцензованому персоналу.

- **Розробити методичні рекомендації щодо моделей залучення соціальних працівників до надання соціально-медичних послуг** у ЗОЗ за участю зацікавлених сторін зі сфери охорони здоров'я та соціальних служб. Роль соціальних працівників потребує роз'яснення як для лікарів, так і для управлінців ЗОЗ. Важливо популяризувати серед управлінців ЗОЗ різні форми найкращих практик соціальної роботи в ЗОЗ, зокрема включення до штатного розпису посад соціальних працівників, закупівлю соціальних послуг у державних та недержавних закладах.
- **Розробити національну стратегію щодо реєстрації, моніторингу та аналізу медичних помилок з метою підвищення якості роботи медичних працівників**. Своєчасна і точна звітність про медичні помилки повинна бути важливою частиною загальної стратегії організації охорони здоров'я, проте наразі цей аспект відсутній. Страх перед судовими справами про неправомірні практики, дисциплінарними заходами і втратою репутації змушують медичних працівників неохоче повідомляти чи обговорювати інциденти, пов'язані з помилками. Відсутній єдиний реєстр медичних помилок, який дозволяв би поширювати знання про інциденти та уникати аналогічних помилок у майбутньому. Один з можливих підходів – використання анонімних стандартизованих систем звітності, які забезпечують захист прав медичних працівників та стимулюють звітування про помилки без побоювань щодо покарань.
- **Удосконалити нормативну базу для посилення ролі професійних медичних асоціацій**. Важливо посилити роль професійних медичних асоціацій у процесі допуску до медичної практики, дисциплінарного впливу на медичних працівників, розробки політики охорони здоров'я як на національному, так і місцевому рівнях, участі в безперервному професійному розвитку, дослідженнях, розробці та підтриманні етичних стандартів.

Ціль 2. Зміцнення системи управління КРОЗ

- **Запровадити моніторинг і оцінку продуктивності КРОЗ на рівні ЗОЗ**. Ключові показники ефективності є основним підходом до оцінки роботи медичних працівників. Важливо використовувати збалансовану систему прозорих і валідних індикаторів, яка охоплює перспективу отримувача послуги (відповідність потребам та очікуванням пацієнтів); перспективу внутрішнього менеджменту (якість медичних послуг, відповідність визначеним стратегіям, стандартам і протоколам, операційна ефективність); перспективу безперервного розвитку (індикатори навчання впродовж життя, участь у професійних заходах, конференціях тощо); фінансову перспективу (ефективність використання ресурсів для досягнення визначених цілей).
- **Адаптувати типові посадові інструкції до реальних вимог до працівника в частині завдань та обов'язків**. З метою удосконалення змістового наповнення посадових інструкцій медичних працівників ЗОЗ як первинного кадрового документа, який має юридичну силу, доцільним є впровадження у ЗОЗ внутрішнього регламенту щодо порядку розробки і затвердження посадових інструкцій, де, зокрема, передбачити залучення до їх розробки керівників відповідних структурних підрозділів, завідувачів відділень, провідних спеціалістів та врахування індивідуальних компетенцій працівника в окремих розділах посадових інструкцій.
- **Розробити методичні рекомендації щодо функціональних обов'язків, які можуть бути делеговані від лікарів середньому медичному персоналу та немедичному персоналу**. Ще у 2010 р. однією з рекомендацій оцінки ВООЗ системи первинної допомоги в Україні був заклик до зменшення адміністративних обов'язків медичних сестер та розширення їхнього функціоналу щодо медичних послуг, зокрема надання профілактичних послуг та медичної інформації, а також рутинний моніторинг пацієнтів

з хронічними захворюваннями[187]. У Глобальній стратегії з людських ресурсів для охорони здоров'я до 2030 року ВООЗ підкреслює необхідність максимального використання потенціалу медичного персоналу середнього рівня для підвищення спроможності кадрових ресурсів[188]. Слід зазначити, що у випадку застосування перерозподілу обов'язків, розширення практики та меж відповідальності медичних працівників повинно супроводжуватися додатковими стимулами, інакше воно може мати демотиваційну дію.

- **Запровадити механізми моніторингу реального робочого навантаження**, зокрема моніторинг кількості безперервних годин, відпрацьованих будь-яким співробітником, та кількості випадків/пацієнтів на один еквівалент повної зайнятості. Політики щодо запобігання надмірному робочому навантаженню включають встановлення понаднормових платежів або оплати праці годин, відпрацьованих додатково; перегляд та перерозподіл ролей та обов'язків серед наявних медичних працівників та інших працівників (наприклад, між відділеннями); фінансові санкції на первинній ланці за відсутність медичних сестер або додаткові фінансові стимули до капітаційної ставки у випадку найму двох медсестер на одного лікаря загальної практики.
- **Розробити методичні рекомендації щодо залучення та утримання медичних працівників у сільських районах,** які враховують комплекс фінансових, освітніх та організаційних стимулів і базуються на інтервенціях із доведеною ефективністю. Відповідно до міжнародних рекомендацій, поодинокі інтервенції/стимули не є ефективними для залучення та утримання медичного персоналу[189]. Фінансові стимули допомагають залучати медичних працівників до сільської місцевості, але зазвичай не є достатніми для їх утримання впродовж тривалого періоду. Аналогічна ситуація спостерігається щодо примусових політик, наприклад, обов'язкового розподілу в сільські райони після завершення навчання. Хорошою практикою може бути раннє залучення до роботи в сільській місцевості: розміщення навчальних медичних закладів за межами міст, дослідницькі стипендії, стажування в сільській місцевості. Фінансові стимули важливо доповнювати нефінансовими мотиваторами, оскільки саме вони визначають лояльність до конкретного закладу і бажання виконувати покладений функціонал.

Ціль 3. Покращення освіти і розвитку КРОЗ

- **Запровадити реформу освіти медсестринства** з особливим акцентом на розширення клінічної та практичної підготовки, у т. ч. запровадження системи безперервного професійного розвитку для медичних сестер; посилити роль медичної сестри через розширення її повноважень. Відповідно до міжнародного досвіду, хорошою практикою є запровадження спеціалізації передових медичних сестер / практикуючих медсестер (Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners), які зазвичай мають ступінь магістра, або спеціалізованих медичних сестер з розширеним функціоналом клінічних та неклінічних послуг. У країнах, які мають передових медичних сестер / практикуючих медсестер, такі працівники мають повноваження щодо призначення будь-якого лікарського засобу, який надається за рецептом, незалежно від нагляду лікаря; замовлення медичних обстежень та пристроїв; диференційної діагностики, моніторингу негативних явищ, визначення стадії захворювання; можуть приймати рішення щодо початку лікування; відповідати за групу пацієнтів; надавати направлення до інших медичних працівників; бути першою точкою контакту для

[187] Boerma, W.G.W., Kringos, D.S., Wiegers, T.A., Baltag, V., & Khimion, L. (2010). Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine: a survey-based project in the regions of Kiev and Vinnitsa.
[188] World Health Organization. Health Workforce and Services. Draft Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Report by the Secretariat. WHO Executive Board, 2015; EB 138/36:138th Session. Provisional Agenda Item 10.1. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-en.pdf.
[189] Araujo, E., & Maeda, A. (2013). How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note.

пацієнтів з недиференційованими захворюваннями та/або встановленими хронічними станами[190].

- **Розробити і запровадити освітні програми з клінічної соціальної роботи.** Для покращення підготовки соціальних працівників до роботи в медичних закладах варто розглядати можливості впровадження спеціалізацій «Клінічна соціальна робота», «Медична соціальна робота». Крім того, важливою є розробка стандартів практики соціальних працівників у різних сферах охорони здоров'я та короткострокових (2-3 місяці) курсів для підготовки соціальних працівників до роботи з різними групами клієнтів у медичних закладах різного рівня.
- **Сприяти кращому зв'язку надавачів послуг та провайдерів освітніх послуг** (стажування, розробка професійних компетенцій, університетські клініки тощо); поширювати публічно-приватне партнерство для розвитку медичних закладів та університетських клінік.

Ціль 4. Зміцнення інформаційної системи і даних щодо КРОЗ

- **Прискорити впровадження національної КРІС, яка буде поєднувати дані щодо кадрового резерву, входу, утримання, виходу з професії на різних рівнях від індивідуального до національного**. КРІС має містити реєстр медичних працівників та дипломованих спеціалістів, а також показники ефективності діяльності КРОЗ. Важливо забезпечити проведення регулярних міжсекторальних зустрічей та консультацій щодо розвитку, впровадження та моніторингу КРІС.
- **Привести національну статистичну звітність щодо медичних кадрів у відповідність до міжнародних стандартів (ISCO-2008, Євростат)**. Необхідно адаптувати статистичні форми щодо КРОЗ (форми 17 і 20) у частині спеціальностей, які включаються до підрахунку загальної кількості лікарів та медичних сестер; а також розширити мінімальний перелік щорічних індикаторів щодо соціально-демографічного профілю, зовнішнього сумісництва, плинності та навчання впродовж життя. Приклади можливих індикаторів:
    - розподіл за віковими групами для кожної спеціальності лікарів та середнього медичного персоналу, п'ять інтервалів: до 29 років включно, 30–39 років, 40–49 років, 50–59 років, 60 років і більше;
    - розподіл за статтю для кожної спеціальності лікарів та середнього медичного персоналу;
    - кількість медичних працівників, які мають зовнішнє сумісництво (бюджетний та приватний сектори), для кожної спеціальності лікарів та середнього медичного персоналу;
    - середня кількість годин очного навчання за рік для кожної спеціальності лікарів та середнього медичного персоналу;
    - середня кількість годин дистанційного (онлайн) навчання за рік для кожної спеціальності лікарів та середнього медичного персоналу;
    - кількість медичних працівників загальної практики – сімейних лікарів, які працюють у тих самих міських чи сільських районах, що й проживають (окремо для лікарів та середнього медичного персоналу);
    - кількість медичних працівників, що звільнилися впродовж року, до загалу медичного персоналу (окремо для лікарів та середнього медичного персоналу).
- **Стимулювати проведення досліджень для заповнення прогалин у стратегічній інформації** за такими напрямами:
    - Оцінка потреб у кадрових ресурсах системи охорони здоров'я на рівні громади, враховуючи тягар захворювань.

[190] Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, *26*(6), 927–934.

- Оцінка каскаду, який би охоплював вступ, утримання і вихід з професії серед лікарів та медичних сестер, щоб зрозуміти частку втрат кадрових ресурсів на кожному етапі.
- Оцінка масштабів зовнішньої та внутрішньої міграції медичних сестер та лікарів.
- Дослідження економічної ефективності наявних стимулів та мотиваторів для залучення та утримання медичних працівників у сільській місцевості (наприклад, тих, що зараз застосовуються в регіональних програмах місцевих стимулів).

Додатки

Додаток 1. Наявне населення та кількість лікарів і середнього медичного персоналу за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., *осіб*

Рік	Наявне населення	Лікарі за національним обліком	Лікарі за ISCO-2008	Середній медичний персонал за національним обліком	Медичні сестри, фельдшери, акушерки за ISCO-2008
1993	52 244 100	204 278	156 417	542 423	429 827
1994	51 728 400	203 456	155 792	532 650	422 138
1995	51 297 100	206 208	157 423	540 041	426 347
1996	50 818 000	205 563	157 236	529 221	418 154
1997	50 370 800	202 201	154 995	510 483	404 571
1998	49 918 100	202 423	154 821	502 572	397 890
1999	49 429 800	202 736	155 305	498 845	394 959
2000	48 923 200	200 111	153 674	486 051	384 629
2001	48 457 100	198 501	152 889	476 823	377 376
2002	48 003 500	196 558	151 291	470 408	372 132
2003	47 622 400	195 267	150 004	467 576	369 755
2004	47 280 800	194 597	149 387	464 752	367 519
2005	46 929 500	194 731	149 129	438 781	367 163
2006	46 646 000	195 956	150 255	435 686	365 138
2007	46 372 700	195 555	149 816	433 445	362 389
2008	46 143 700	196 198	150 928	430 090	360 119
2009	45 962 900	197 648	152 092	430 821	360 414
2010	45 778 500	197 065	150 919	428 667	358 492
2011	45 633 600	196 085	150 523	421 987	352 967
2012	45 553 000	188 575	150 459	403 619	353 772
2013	45 426 200	187 737	149 842	402 897	353 434
2014	42 928 900	159 969	127 380	346 191	304 395
2015	42 760 500	161 621	128 749	344 035	302 876
2016	42 584 500	160 912	128 482	337 703	297 463
2017	42 386 400	159 600	127 811	330 444	291 389
2018	42 153 201	156 863	126 712	313 412	276 171

Додаток 2. Регіональний розподіл наявного населення та кількості лікарів і середнього медичного персоналу за національним та міжнародним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 2018 р., *осіб*

Регіон	**Наявне населення**	**Національний облік**		**Міжнародний облік**	
		лікарі	**середній медичний персонал**	**лікарі**	**медичні сестри, фельдшери, акушерки**
Україна	**42 153 201**	**156 863**	**313 412**	**126 712**	**276 171**
АР Крим	-	-	-	-	-
Вінницька	1 560 394	7 105	13 567	5 808	11 855
Волинська	1 035 330	3 717	9 775	3 098	8 635
Дніпропетровська	3 206 477	12 412	23 452	10 001	20 356
Донецька	4 165 901	5 524	13 617	4 406	12 007
Житомирська	1 220 193	4 240	11 343	3 587	9 939
Закарпатська	1 256 802	4 408	9 520	3 646	8 551
Запорізька	1 705 836	7 384	13 869	6 289	11 980
Івано-Франківська	1 373 252	7 636	13 301	6 191	11 789
Київська	1 767 940	6 224	13 304	4 997	11 889
Кіровоградська	945 549	3 063	8 487	2 447	7 473
Луганська	2 151 833	1 955	5 159	1 580	4 593
Львівська	2 522 021	12 278	22 525	9 694	19 937
Миколаївська	1 131 096	3 238	7 771	2 712	6 907
Одеська	2 380 308	9 580	16 533	7 611	14 396
Полтавська	1 400 439	6 292	12 284	4 786	10 841
Рівненська	1 157 301	4 375	11 409	3 719	10 183
Сумська	1 081 418	4 010	10 428	3 305	9 161
Тернопільська	1 045 879	5 136	10 075	4 186	8 976
Харківська	2 675 598	11 761	18 595	9 108	16 340
Херсонська	1 037 640	3 110	7 993	2 613	7 075
Хмельницька	1 264 705	4 931	11 386	4 286	10 089
Черкаська	1 206 351	4 216	10 814	3 379	9 562
Чернівецька	904 374	5 062	8 083	4 099	7 169
Чернігівська	1 005 745	3 502	9 860	2 839	8 767
м. Київ	2 950 819	15 704	20 262	12 325	17 701
м. Севастополь	-	-	-	-	-

Додаток 3. Соціально-демографічний профіль лікарів та середнього медичного персоналу за національним обліком, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., *осіб*

Рік	Лікарі				Середній медичний персонал			
	загалом	жінки	досягли пенсійного віку і продовжують працювати	працюють у сільській місцевості	загалом	жінки	досягли пенсійного віку і продовжують працювати	працюють у сільській місцевості
1993	204 278	123 343	31 700		542 423	498 221	62 026	
1994	203 456	122 219	32 778		532 650	495 489	62 802	
1995	206 208	124 553	36 147		540 041	506 130	65 188	
1996	205 563	124 597	37 565	10 009	529 221	495 296	63 201	50 671
1997	202 201	121 760	37 266	10 853	510 483	479 905	57 583	54 112
1998	202 423	122 945	37 573	10 727	502 572	471 609	54 902	54 382
1999	202 736	123 251	37 458	11 040	498 845	469 474	52 875	55 556
2000	200 111	122 162	36 448	11 130	486 051	456 458	50 316	58 112
2001	198 501	120 655	37 381	10 742	476 823	449 788	50 933	56 211
2002	196 558	119 505	38 274	10 435	470 408	443 069	52 307	53 454
2003	195 267	119 377	39 284	9 776	467 576	439 179	55 289	52 108
2004	194 597	118 581	39 967	9 640	464 752	436 305	58 585	53 811
2005	194 731	118 757	40 931	9 878	438 781	416 593	59 081	52 183
2006	195 956	119 678	42 247	9 641	435 686	410 703	60 275	51 410
2007	195 555	119 541	44 016	9 467	433 445	409 627	62 184	51 663
2008	196 198	118 932	44 949	9 545	430 090	403 234	63 570	51 837
2009	197 648	121 703	46 490	9 528	430 821	405 457	65 406	51 972
2010	197 065	121 651	48 254	9 951	428 667	404 115	67 604	51 545
2011	196 085	121 409	49 306	9 682	421 987	397 598	67 805	49 073
2012	188 575	116 948	46 613	9 575	403 619	381 562	61 732	48 002
2013	187 737	117 458	46 093	9 509	402 897	379 182	58 939	46 515
2014	159 969	99 417	38 929	8 941	346 191	324 207	47 450	43 273
2015	161 621	101 173	38 811	8 989	344 035	321 982	45 377	43 198
2016	160 912	101 591	38 794	8 994	337 703	315 402	43 901	42 694
2017	159 600	101 652	39 058	9 008	330 444	308 000	42 583	42 233
2018	156 863	99 262	38 566	8 520	313 412	294 410	39 799	38 417

Додаток 4. Загальна кількість лікарів та середнього медичного персоналу в бюджетному та приватному секторах, 2014–2018 рр., *осіб*

	2014				2015			
	Загалом	**МОЗ**	**Інші відомства**	**Приватні структури**	**Загалом**	**МОЗ**	**Інші відомства**	**Приватні структури**
Загалом лікарів	**185 945**	**159 969**	**12 427**	**13 549**	**186 234**	**161 621**	**10 550**	**14 063**
У тому числі:								
Терапевти (вся група)	37 006	31 505	3 612	1 889	36 341	31 462	3 005	1 874
Хірурги (вся група)	27 777	24 332	2 591	854	27 665	24 448	2 320	897
Стоматологи (вся група)	26 806	19 329	1 046	6 431	26 846	19 404	832	6 610
Акушери-гінекологи	11 719	10 490	545	684	11 650	10 492	417	741
Дерматовенерологи	3 442	2 819	233	390	3 385	2 795	183	407
Онкологи	771	699	34	38	811	745	23	43
Фтизіатри	2 415	2 277	138		2 363	2 243	118	2
Педіатри	9 939	9 369	306	264	9 735	9 227	210	298
Психіатри	3 438	3 209	196	33	3 382	3 134	215	33
Сімейні лікарі	12 523	12 344	78	101	13 558	13 336	84	138
Загалом середнього медичного персоналу	**378 880**	**346 191**	**20 814**	**11 875**	**371 736**	**344 035**	**15 839**	**11 862**

	2016				2017			
	Загалом	**МОЗ**	**Інші відомства**	**Приватні структури**	**Загалом**	**МОЗ**	**Інші відомства**	**Приватні структури**
Загалом лікарів	**186 776**	**160 912**	**10 360**	**15 504**	**186 178**	**159 600**	**9 907**	**16 671**
У тому числі:								
Терапевти (вся група)	35 992	30 771	3 009	2 212	35 513	30 297	2 925	2 291
Хірурги (вся група)	27 617	24 186	2 314	1 117	27 433	23 984	2 230	1 219
Стоматологи (вся група)	26 543	18 857	788	6 898	26 413	18 277	733	7 403
Акушери-гінекологи	11 633	10 350	413	870	11 549	10 178	408	963
Дерматовенерологи	3 361	2 714	176	471	3 325	2 659	167	499
Онкологи	804	730	25	49	812	718	25	69
Фтизіатри	2 268	2 188	79	1	2 258	2 186	71	1
Педіатри	9 492	8 936	199	357	9 394	8 775	185	434
Психіатри	3 322	3 090	192	40	3 309	3 086	185	38
Сімейні лікарі	14 697	14 435	79	1 183	15 020	14 728	78	214
Загалом середнього медичного персоналу	**366 756**	**337 703**	**16 164**	**12 889**	**360 416**	**330 444**	**15 733**	**14 239**

	2018			
	Загалом	**МОЗ**	**Інші відомства**	**Приватні структури**
Загалом лікарів	**185 675**	**156 863**	**9 968**	**18 844**
У тому числі:				
Терапевти (вся група)	34 960	29 432	2 869	2 659
Хірурги (вся група)	27 652	23 901	2 244	1 507
Стоматологи (вся група)	25 651	16 852	720	8 079
Акушери-гінекологи	11 398	9 928	419	1 051
Дерматовенерологи	3 327	2 593	166	568
Онкологи	835	729	20	86
Фтизіатри	2 211	2 142	68	1
Педіатри	8 981	8 241	196	544
Психіатри	3 290	3 065	175	50
Сімейні лікарі	15 197	14 814	80	303
Загалом середнього медичного персоналу	**345 364**	**313 412**	**15 585**	**16 367**

Додаток 5. Щільність лікарів за спеціальностями, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., *на 10 тис. населення*

Спеціальність	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
Акушери-гінекологи	2.20	2.16	2.23	2.29	2.41	2.47	2.52	2.54	2.55	2.55	2.55	2.59	2.62
Госпітальні терапевти	3.47	3.42	3.38	3.31	3.26	3.20	3.28	3.21	3.24	3.08	3.08	2.99	2.92
Хірурги (у т. ч. серцево-судинні, торакальні та нейрохірурги)	1.88	1.84	1.90	1.93	2.00	2.04	2.05	2.07	2.08	2.10	2.10	2.16	2.18
Анестезіологи	1.17	1.15	1.20	1.25	1.36	1.41	1.45	1.46	1.48	1.50	1.50	1.54	1.56
Невропатологи	1.20	1.22	1.24	1.28	1.32	1.32	1.33	1.33	1.36	1.38	1.38	1.41	1.43
Госпітальні педіатри	2.04	2.03	2.03	1.97	2.03	2.02	1.99	1.90	1.86	1.81	1.81	1.77	1.71
Ортопеди-травматологи	0.77	0.77	0.78	0.80	0.85	0.86	0.87	0.85	0.87	0.87	0.87	0.88	0.89
Рентгенологи	0.90	0.88	0.88	0.86	0.84	0.84	0.83	0.81	0.80	0.79	0.79	0.79	0.79
Психіатри	0.83	0.82	0.82	0.82	0.85	0.85	0.86	0.85	0.84	0.85	0.85	0.85	0.86
Офтальмологи	0.74	0.72	0.73	0.74	0.77	0.78	0.79	0.79	0.78	0.79	0.79	0.80	0.80
ЛОРи	0.70	0.68	0.69	0.70	0.74	0.75	0.74	0.73	0.73	0.73	0.73	0.74	0.74
Кардіологи	0.49	0.51	0.52	0.53	0.54	0.54	0.54	0.55	0.56	0.58	0.58	0.59	0.60
Дерматологи	0.57	0.59	0.61	0.63	0.69	0.71	0.72	0.73	0.74	0.76	0.76	0.77	0.78
Інфекціоністи	0.54	0.54	0.57	0.60	0.61	0.62	0.62	0.61	0.61	0.60	0.60	0.60	0.59
Лікарі УЗД	0.15	0.18	0.20	0.22	0.25	0.27	0.29	0.30	0.33	0.34	0.34	0.36	0.37
Фтизіатри	0.64	0.62	0.63	0.63	0.64	0.64	0.64	0.66	0.65	0.66	0.66	0.67	0.67
Онкологи (у т. ч. онкологи-хірурги, онкогінекологи та онкоЛОРи)	0.28	0.29	0.30	0.31	0.34	0.35	0.36	0.34	0.35	0.35	0.35	0.36	0.37
Неонатологи	0.28	0.28	0.28	0.31	0.34	0.35	0.36	0.36	0.35	0.35	0.35	0.36	0.37
Урологи	0.30	0.29	0.30	0.31	0.33	0.34	0.36	0.37	0.38	0.38	0.38	0.39	0.40
Ендокринологи	0.26	0.28	0.28	0.30	0.31	0.31	0.32	0.32	0.33	0.33	0.33	0.34	0.34
Функціональна діагностика	0.35	0.34	0.35	0.36	0.36	0.36	0.37	0.36	0.36	0.37	0.37	0.36	0.36
Судмедексперти	0.20	0.20	0.21	0.21	0.23	0.25	0.26	0.26	0.27	0.28	0.28	0.29	0.30
Фізіотерапевти	0.37	0.36	0.37	0.36	0.35	0.36	0.36	0.36	0.35	0.35	0.35	0.35	0.34
Наркологи	0.27	0.26	0.27	0.26	0.26	0.26	0.28	0.29	0.30	0.31	0.31	0.31	0.31
Патологоанатоми	0.21	0.21	0.21	0.21	0.22	0.22	0.23	0.23	0.22	0.22	0.22	0.22	0.23
Гастроентерологи	0.21	0.22	0.22	0.21	0.21	0.21	0.22	0.21	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22
Ендоскопісти	0.14	0.14	0.16	0.16	0.17	0.18	0.18	0.18	0.18	0.19	0.19	0.19	0.19
Ревматологи (у т. ч. кардіоревматологи дитячі)	0.15	0.15	0.16	0.16	0.16	0.16	0.17	0.17	0.17	0.17	0.17	0.18	0.18
Пульмонологи	0.13	0.13	0.14	0.14	0.13	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14
Нефрологи	0.06	0.06	0.07	0.06	0.07	0.07	0.07	0.08	0.08	0.09	0.09	0.09	0.09
Лікувальна спортивна медицина	0.17	0.17	0.17	0.16	0.16	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.14	0.14
Радіологи	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12
Гематологи	0.08	0.08	0.08	0.09	0.11	0.10	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.08
Трансфузіологи							0.07	0.07	0.08	0.08	0.08	0.09	0.09
Алергологи	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.07
Проктологи	0.03	0.03	0.03	0.03	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
Психотерапевти	0.06	0.06	0.06	0.06	0.05	0.05	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06
Імунологи				0.05	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06
Дієтологи	0.05	0.05	0.04	0.04	0.04	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03
Сексопатологи	0.01	0.01	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Токсикологи	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.02	0.01	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01
Санологи								0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Дільничні терапевти	2.35	2.32	2.39	2.45	2.53	2.55	2.53	2.57	2.52	2.42	2.42	2.34	2.23
Дільничні педіатри	1.68	1.62	1.64	1.66	1.59	1.61	1.57	1.55	1.47	1.42	1.42	1.37	1.33
Лікарі ЗПСЛ	0.04	0.03	0.02	0.02	0.03	0.03	0.06	0.10	0.22	0.37	0.37	0.56	0.80

Спеціальність	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2017	2018
Акушери-гінекологи	2.66	2.70	2.66	2.64	2.67	2.68	2.69	2.69	2.71	2.40	2.36
Госпітальні терапевти	2.81	2.70	2.60	2.53	2.53	2.50	2.60	2.43	2.43	2.06	2.04
Хірурги (у т. ч. серцево-судинні, торакальні та нейрохірурги)	2.21	2.24	2.19	2.24	2.28	2.29	2.31	2.30	2.30	2.06	2.04
Анестезіологи	1.60	1.63	1.61	1.70	1.74	1.77	1.79	1.82	1.85	1.68	1.71
Невропатологи	1.45	1.45	1.43	1.43	1.46	1.49	1.50	1.50	1.50	1.33	1.32
Госпітальні педіатри	1.68	1.58	1.56	1.55	1.58	1.56	1.62	1.52	1.48	1.28	1.20
Ортопеди-травматологи	0.90	0.92	0.90	0.91	0.93	0.95	0.95	0.97	0.97	0.85	0.86
Рентгенологи	0.80	0.79	0.79	0.80	0.81	0.82	0.82	0.83	0.83	0.74	0.74
Психіатри	0.85	0.85	0.86	0.86	0.86	0.87	0.87	0.87	0.87	0.73	0.73
Офтальмологи	0.81	0.81	0.80	0.81	0.82	0.83	0.84	0.84	0.84	0.71	0.69
ЛОРи	0.74	0.74	0.73	0.73	0.74	0.75	0.76	0.75	0.75	0.65	0.65
Кардіологи	0.62	0.62	0.63	0.65	0.66	0.67	0.67	0.68	0.68	0.64	0.64
Дерматологи	0.79	0.77	0.75	0.74	0.74	0.74	0.74	0.74	0.74	0.63	0.62
Інфекціоністи	0.59	0.58	0.57	0.58	0.58	0.59	0.59	0.60	0.60	0.56	0.55
Лікарі УЗД	0.40	0.42	0.44	0.47	0.48	0.51	0.53	0.54	0.55	0.54	0.54
Фтизіатри	0.67	0.64	0.64	0.63	0.61	0.61	0.60	0.60	0.59	0.52	0.51
Онкологи (у т. ч. онкологи-хірурги, онкогінекологи та онкоЛОРи)	0.38	0.38	0.39	0.42	0.42	0.42	0.43	0.43	0.43	0.39	0.40
Неонатологи	0.37	0.37	0.36	0.36	0.37	0.39	0.40	0.40	0.41	0.37	0.38
Урологи	0.40	0.40	0.40	0.41	0.41	0.42	0.42	0.42	0.42	0.37	0.37
Ендокринологи	0.35	0.35	0.35	0.35	0.36	0.36	0.36	0.36	0.36	0.33	0.34
Функціональна діагностика	0.36	0.36	0.36	0.35	0.35	0.35	0.35	0.34	0.34	0.29	0.29
Судмедексперти	0.31	0.30	0.30	0.31	0.32	0.32	0.32	0.32	0.32	0.27	0.28
Фізіотерапевти	0.35	0.34	0.34	0.34	0.33	0.32	0.31	0.30	0.29	0.24	0.24
Наркологи	0.31	0.30	0.30	0.30	0.30	0.30	0.29	0.29	0.29	0.23	0.23
Патологоанатоми	0.23	0.22	0.23	0.24	0.24	0.23	0.23	0.24	0.24	0.22	0.23
Гастроентерологи	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22	0.21	0.21	0.19	0.18
Ендоскопісти	0.19	0.19	0.19	0.19	0.19	0.19	0.19	0.20	0.20	0.18	0.18
Ревматологи (у т. ч. кардіоревматологи дитячі)	0.17	0.17	0.17	0.17	0.17	0.17	0.17	0.17	0.16	0.15	0.15
Пульмонологи	0.15	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.13	0.12	0.12
Нефрологи	0.09	0.09	0.09	0.09	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.11
Лікувальна спортивна медицина	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.12	0.10	0.10
Радіологи	0.12	0.12	0.12	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.10	0.10
Гематологи	0.09	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09	0.08	0.08	0.08
Трансфузіологи	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.09	0.09	0.09	0.09	0.07	0.06
Алергологи	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.06	0.06
Проктологи	0.04	0.04	0.04	0.04	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05
Психотерапевти	0.06	0.06	0.06	0.06	0.07	0.06	0.06	0.06	0.05	0.04	0.04
Імунологи	0.06	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.04	0.04	0.03	0.03
Дієтологи	0.03	0.03	0.03	0.03	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Сексопатологи	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Токсикологи	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Санологи	0.02	0.02	0.02	0.02	0.01	0.02	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00
Дільничні терапевти	2.14	1.97	1.87	1.77	1.71	1.62	1.37	1.35	1.14	0.63	0.49
Дільничні педіатри	1.29	1.25	1.22	1.20	1.16	1.16	1.05	1.09	1.01	0.79	0.75
Лікарі ЗПСЛ	1.06	1.25	1.47	1.68	1.76	1.78	1.99	2.24	2.65	3.47	3.51

Додаток 6. Щільність середнього медичного персоналу за спеціальностями, ЗОЗ бюджетного сектору, 1993–2018 рр., *на 10 тис. населення*

Спеціальність	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Фельдшери	10.82	10.31	10.01	9.84	9.52	9.30	9.07	8.87	8.83	8.83	8.78	8.55	8.34
Акушери	6.32	6.05	5.89	5.79	5.58	5.38	5.10	5.14	5.02	5.01	5.00	4.95	4.93
Медичні сестри	65.15	63.96	63.81	64.27	63.52	63.20	63.35	63.63	63.87	64.40	64.50	64.65	64.78

Спеціальність	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2017**	**2018**
Фельдшери	8.23	8.17	8.07	8.19	8.45	8.01	8.08	7.75	7.58	7.17
Акушери	4.94	4.92	4.87	4.93	4.89	4.48	4.41	4.26	4.13	3.79
Медичні сестри	65.24	65.21	64.41	64.54	64.47	58.42	58.35	57.84	57.03	54.56