

Кадровий потенціал галузі забезпечить ефективні реформи

Світлана ТЕРНОВА,
«ВЗ»

Основною метою трансформації системи охорони здоров'я проголошено підвищення якості медичних послуг та їх доступності для населення. Забезпечити її можна лише шляхом вирішення цілого комплексу питань. Зокрема, й визначивши реальні потреби в медичних кадрах на порозі змін, а також на перспективу.



В Україні донедавна системної оцінки потреб і попиту на медичні кадри не здійснювали, що ускладнювало їх стратегічне планування. Усі тривожні дзвінки про «оголення фронтів» на окремих напрямках, постаріння кадрів чи їхній масовий відтік за кордон розцінювали як «опір старої системи», натомість суспільство заспокоювало тим, що в Україні є «зайві» лікарі. Що засвідчує аналіз кадрового резерву вітчизняної галузі і чи можна вдовольнитися простим математичним поділом числа медичних дипломів на кількість пацієнтів? Про це — наша розмова з професором НМАПО імені П. Л. Шупика, Головою президії Національної лікарської ради України 2018-2019 років Іриною Мазур.

ВЗ 3 1 квітня під «ніж» нових правил фінансування ризикують потрапити не лише ліжка, а й спеціалісти вторинної та третинної ланок. Це не призведе до кадрової кризи?

— Дійсно, впровадження реформ зумовлює відповідні зміни у структурі послуг, а це позначається й на потребах у тих чи інших кадрах. Тому, змінюючи структуру системи, передусім слід

ретельно проаналізувати її кадровий потенціал: чи відповідатиме він новим завданням і потребам галузі, чи забезпечуватиме надання якісної медичної допомоги населенню. Натомість останнім часом динаміку таких змін не враховували ані під час формування кадрової політики, ані під час підготовки лікарських кадрів, зокрема на етапі їх спеціалізації в інтернатурі.

До того ж упродовж останніх 10 років відбувалася спонтанна внутрішньогалузева міграція медичних кадрів: державний розподіл спеціалістів існував, але вони могли вільно перепрофілюватися за власним бажанням. Терапевти, педіатри та деякі вузькопрофільні спеціалісти перекваліфікувалися на лікарів загальної практики-сімейних лікарів. При цьому тривав і зворотний процес.

Дуже негативно позначилася на кадровій ситуації зовнішня трудова міграція. Наразі складно оцінити її точні масштаби, але всім зрозуміло: з країни виїждять молоді кваліфіковані спеціалісти. Тому впевненість деяких чиновників у тому, що лікарів в Україні хоч греблю гати, не підтверджена даними про те, скільки їх наразі потрібно й де саме. Тож маємо ситуацію, коли навіть попри очевидне стимулювання лікарів працювати на первинці не всі пацієнти мають можливість знайти «свого» лікаря для підписання декларацій. Якщо так «прогнозуватимемо» й надалі, то і на вторинці виникнуть подібні проблеми.

На сьогодні в Україні сформовано хороший кадровий резерв кваліфікованих спеціалістів. Попри навіязування суспільству думки про те, що в Україні погані лікарі, їх радо приймають по всій Європі. І це є найпершим підтвердженням їхнього професіоналізму. Наприклад, 20% стоматологів, які офіційно працюють у Польщі, — українці.

Доступність медичної допомоги визначається передусім доступністю пацієнта до лікаря будь-якого фаху й рівня, інше питання — її вартість, але наразі ми говоримо про кадри. В Україні пацієнти легко можуть потрапити до «вузького» спеціаліста не лише вторинного, а й третинного рівня. Тому спеціалізована медична допомога в Україні є доступнішою, ніж в інших країнах Європи, адже наші пацієнти не чекають у чергах до фахівця 3-4 місяці. Коли «оптимізують» кількість лікарів-спеціалістів, то чи буде населення України задоволене, очікуючи по кілька місяців можливості «побачити» лікаря впродовж 10-15 хвилин, бо в того на день — 30-40 консультацій, і черга розписана на багато місяців уперед? В уявленні українців така модель не є відображенням доступності медичної допомоги.

ВЗ Скільки на сьогодні в Україні лікарів і чи достатньо їх для повноцінної роботи галузі?

— Знову ж таки загальна цифра може лише частково дати відповідь на це запитання. За даними статистичних звітів МОЗ України, станом на 31.12.2018 р. медичну допомогу в закладах охорони здоров'я різних форм власності надавали 185,675 тис. лікарів усіх спеціальностей. Це значно менше, ніж, наприклад, у 2010 році (майже 225 тис.), однак тут слід враховувати і події на Сході України та в АР Крим. Звідси й зменшення показника забезпеченості медичними спеціалістами з вищою освітою: із 49,3 на 10 тис. населення у 2010 році до 43,5



у 2014-му та 44,2 у 2018-му. Однак варто врахувати й такий важливий аспект: медичні спеціалісти з вищою освітою — набагато ширше поняття, аніж лікарі, які безпосередньо надають медичну допомогу пацієнтам. Тому ми проаналізували кадрову ситуацію в галузі, до-стеменно вивчивши наповненість лікарськими кадрами всіх рівнів надання медичної допомоги та за окремими спеціальностями. Тож коли, скажімо, визначати забезпеченість лікарями в лікувальних закладах МОЗ України без урахування осіб з вищою медичною освітою, які є співробітниками НДІ чи установ вищої освіти, то цей показник сягатиме 34,15 на 10 тис. населення.

Знову ж таки, у країнах Європи стоматологів виносять в окрему статистику, а в Україні враховують у загальній. Тому аби чітко зрозуміти структуру кадрів, ми згрупували лікарські спеціальності за кількома напрямками (внутрішні хвороби, тобто фактично це група терапевтичних спеціальностей, хірургія, педіатрія, стоматологія, інтерни та інші) і проаналізували тенденції, притаманні кожній із груп. До категорії «інших» зокрема потрапили організатори та управлінці охорони здоров'я (а їх понад 10 тис., у тому числі майже 1 тис. статистиків), які, безперечно, є важливим резервом галузі, але до показника забезпеченості населення лікарями не мають жодного відношення. За кордоном вони також не потрапляють у цю статистику, як і багато фахівців, що опікуються питаннями громадського здоров'я.

ВЗ Які плюси й мінуси помічені в кожній групі?

— По-перше, хотілося б зазначити, що в кожній із них представлені «вузькі» спеціалісти, наприклад, дитячий алерголог чи дитячий гастроентеролог. Ці фахівці розуміються на тонкощах та специфіці окремих захворювань, на їх підготовку було витрачено значні кошти платників податків, тому розкидатися такими кадрами, спрямувавши їх у сімейні лікарі чи взагалі скоротивши, — неприйнятно. Це не можна назвати раціональним використанням кадрів і коштів.

На окрему увагу заслуговує підгрупа фахівців із медицини невідкладних станів — їх трохи більше 4,2 тис. Сьогодні варто берегти такі кадри як «зіницю ока» нашої системи охорони здоров'я. Бо якщо в європейських країнах хворий без проблем може доїхати до лікаря чи лікувального закладу, то в наших умовах догоспітальний етап лікарської допомоги є вирішальним у порятунку життя пацієнта.

Найчисельнішу із досліджуваних груп складають фахівці терапевтичних спеціальностей (28% від загальної кількості лікарів). Адже до неї потрапили сімейні лікарі, яких, за даними НСЗУ, на сьогодні 15,116 тис. осіб, а також терапевти (12,467 тис.). Однак з останніх лише 3,277 тис. осіб надають первинну медичну допомогу (2,069 тис. обіймають посади лікарів-терапевтів дільничних). Також на первинці працюють 4,398 тис. лікарів-педіатрів (із них 3,198 тис. обіймають посади лікарів-педіатрів дільничних). Тобто первинну медичну допомогу надають усього 22,872 тис. лікарів. Тож ситуація з лікарськими кадрами на первинці зрозуміла. Їх майже достатньо, якщо вірити результатам останнього підрахунку населення України і піти шляхом множення кількості сімейних лікарів

АНАЛІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРЯМИ РІЗНИХ РІВНІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

СПЕЦІАЛЬНОСТІ	КІЛЬКІСТЬ ЛІКАРІВ
Управління охороною здоров'я	10 360
Стоматологія	25 651
Лікарі-інтерни	13 317
ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА	
Медицина невідкладних станів:	4213
з них у закладах МОЗ України	4035
ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА	
Загальна практика-сімейна медицина	15 197
Лікарі-терапевти	3277
Лікарі-педіатри	4398
Усього	22 872
ВТОРИННА ЛАНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	
Фахівці за спеціальностями «Внутрішні хвороби»:	
— терапевти широкого профілю (без ПМД)	9190
— вузькопрофільні спеціалісти	20 339
Фахівці за спеціальностями «Хірургія»	40 905
Фахівці за спеціальностями «Педіатрія»	
— педіатри (без ПМД)	4583
— високоспеціалізовані фахівці	9270
Фахівці-лікувальники за спеціальностями «Інші»	6662
Усього лікарів різних спеціальностей для забезпечення надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги	90 949

на норматив задекларованих пацієнтів. Питання в іншому: наскільки рівномірно розподілені ці кадри, чи доступний вказаний вид медичної допомоги сільському населенню.

ВЗ Якщо на первинці буде «повний комплект», на кого перекаваліфікуватися «вузьким» спеціалістам?

— Оце є головне питання: які фахівці нам потрібні й скільки. На цьому має ґрунтуватися державне замовлення на підготовку спеціалістів, і їх «перерозподіл» у процесі реформ, якщо він доцільний. Наприклад, чи потрібно «перековувати» педіатрів на сімейних лікарів, зокрема й «вузьких» дитячих спеціалістів, котрі є безцінними фахівцями? Та й ментальність наших людей така, що вони всіма способами намагатимуться проконсультувати дитину в педіатра, а не в сімейного лікаря. Це ступінь довіри до того, «хто на що вчився». Поки що в нас недостатньо сімейних лікарів, підготовлених за міжнародними стандартами. На сьогодні в Україні — 18,2 тис. педіатрів, тобто 10% від загальної кількості лікарів, половина з них «вузькі» фахівці (за 25 спеціальностями). Вони мають залишатися працювати на вторинному або й на третинному рівні, адже їх не так уже й багато. Наприклад, дитячих онкологів лише 33 на всю Україну, імунологів — 61, гематологів — 128, дитячих фтизіатрів — 309, інфекціоністів — трохи більше 530, хірургів — 820. Якщо втрачимо ці кадри, пошкодуємо вже через кілька років.

ВЗ Яким має бути співвідношення кадрів первинної та спеціалізованої ланок згідно зі світовими стандартами і чи відповідає їм Україна?

— У країнах ЄС це співвідношення становить 1:3. В Україні — 1:3,98. Для його визначення ми використовували дані Центру медичної статистики МОЗ України та Національної служби здоров'я України і рахували лише лікарів, котрі безпосередньо надають первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу (без урахування

управлінців і стоматологів), й окремо фахівців екстреної допомоги.

А якщо взяти лише первинну та вторинну ланки (без високоспеціалізованої допомоги), то це співвідношення взагалі становитиме 1:3,26, що не набагато перевищує показник країн з ефективними національними системами охорони здоров'я. Врахуймо й те, що в розвинених країнах до надання соціально-медичних послуг активно залучені соціальні працівники, а в Україні всі клопоти лягають на медиків (за винятком хіба що окремих сфер).

ВЗ Чи варто відмежовувати високоспеціалізовану допомогу?

— До цього змушують реалії. Адже поки що не визначили місця високоспеціалізованої ланки в трансформованій системі охорони здоров'я — усе на рівні планів. Передусім йдеться про науково-дослідні установи МОЗ України, інститути НАМН, заклади

тож не зрозуміло навіть, як навчати інтернів. А з огляду на проблеми з досягненням домовленості про входження в реформу закладів НАМНУ (зокрема, через невідповідно низькі тарифи на медичні послуги, інші організаційні аспекти), можна прогнозувати проблеми з доступністю високотехнологічної допомоги для населення. Чи потрібні ці заклади українцям? На це питання можемо отримати відповідь, відвідавши Інститут урології НАМН України чи ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України тощо. Там — величезні черги на прийом до фахівців як остання надія на життя! Тому підходити до реформування цих закладів за зразком підприємства чи заводу не варто!

ВЗ Найбільше українським медикам докоряють у диспропорції фахівців різних спеціальностей, серед яких є дуже модні й зовсім не популярні.

— Так, це дійсно так. Для того й потрібно вивчити структуру кадрового потенціалу й правильно оцінити потреби галузі — кого маємо перенавчати. Бо якщо держава витратила шалені кошти на підготовку висококласного спеціаліста, а потім ще його і перенавчатиме, а це не буде вмотивовано, то вийде, як у приказці про скупого, котрий завжди платить двічі. Та й фахівці будуть демотивовані таким підходом і можуть взагалі піти з галузі або виїхати з країни. Кому це вигідно? І де будемо перенавчати, якщо заклади післядипломної освіти змушують скорочувати свої потужності практично наполовину?

Безумовно, у процесі трансформації галузі відбуватимуться оптимізація закладів і скорочення кадрів. Певною мірою це виправдано, але потрібно усвідомлювати наслідки та враховувати реальні диспропорції.

Скажімо, у групі хірургічних спеціальностей (їх 18) ми нарахували 45 тис. фахівців, серед них 8,2 тис. анестезіологів і майже 11,4 тис. акушерів-гінекологів. Ще один приклад: у Великій Британії — лише 200 дерматологів, в Україні їх 1,327 тис.

ВЗ Чому в Україні такий високий рівень спеціалізації лікарів?

— Так склалося історично — через особливості вітчизняної системи після-

Головне питання: які фахівці нам потрібні й скільки. На цьому має ґрунтуватися державне замовлення на підготовку спеціалістів, і їх «перерозподіл» у процесі реформ, якщо він доцільний.

Ірина Мазур

вищої освіти. Їхній науковий і науково-педагогічний потенціал перевищує 16 тис. осіб, серед яких багато кандидатів і докторів наук, спеціалістів світового рівня, котрі володіють унікальними інноваційними методиками лікування. Новий етап реформи поки що не дає «зеленого світла» для реалізації їхніх здібностей: не врегульована ситуація з університетськими клініками (надалі їх необхідно створювати в закладах вищої освіти), на клінічних базах кафедр таким фахівцям не забезпечено умов для лікування хворих, після автономізації закладів їх керівники платитимуть тільки штатним працівникам,

дипломної освіти, яка забезпечує потужну мобільність кадрів. Наприклад, коли головний лікар закладу вважав, що йому потрібен дитячий нефролог, можна було без проблем отримати направлення на підготовку такого фахівця. Тобто чітко налагоджена система післядипломної медичної освіти комплексно відповідала на всі виклики і зміни в системі надання медичної допомоги: кількість лікарів і їхня професійна кваліфікація задовольняли потреби охорони здоров'я. Хтось критикує вітчизняну систему післядипломної

(Продовження на стор. 8) ►

◀ (Початок на стор. 6)

освіти, а когось вона, навпаки, приваблює. Наприклад, у Грузії цей напрям узагалі зруйнований, тому їхні лікарі приїждять в Україну «за спеціальністю». І з Польщі також. Бо там, приміром, щороку виділяється лише одне місце на підготовку ортодонта. А попит на фахівців згаданої спеціальності існує. До того ж польські лікарі без перешкод підтверджують отриману в Україні спеціальність у себе вдома.

Згадавши про стоматологію, принагідно скажу й про те, що в Україні понад 25,5 тис. стоматологів, тобто 14% від загальної кількості лікарів. І розподіл за внутрішньогалузевою спеціалізацією серед них найбільше відповідає сучасним вимогам: 68% мають спеціалізацію «Стоматологія» та «Терапевтична стоматологія», тобто їх можна вважати лікарями первинного рівня, решта — високоспеціалізовані фахівці (приблизно, як і в країнах Європи).

ВЗ На чийх плечах тримається галузь і яке в неї майбутнє?

— Переважно на жіночих. Адже дві третини лікарів — жіночої статі. Серед молодшого медичного персоналу їх 90%. На жаль, з кожним роком збільшується кількість медичних працівників пенсійного віку. Наразі серед таких — кожний четвертий лікар. І ця тенденція зберігається протягом останніх 8 років, попри підвищення пенсійного віку в Україні.

Щодо майбутнього галузі — можна було б сподіватися на молодь, але й тут виникають проблеми. Взяти хоча б інтернів. Їх підготовку за всіма спеціальностями (понад 13 тис. осіб) проводять у 14 закладах вищої освіти системи охорони здоров'я України. Але чи є в них бажання працювати за професією? Хіба що за кордоном. Та й то не в усіх. Романтика першокурсника, який витримав усі випробування ЗНО (годі як українських випускників на кожному кроці запрошують на навчання в сусідні країни без його проходження), швидко розвіюється. Майбутні лікарі розуміють, що вони насправді нікому



Маємо хороші кадри і мусимо берегти їх як найбільшу цінність, не розбазарюючи по всьому світу. Якщо населення України відчує дефіцит високоякісної медичної допомоги, у тому числі й через брак фахівців, це призведе до соціальної напруги.

Ірина Мазур

не потрібні, та втрачають інтерес до навчання, яке триває довго, але натомість дає мізерні заробітки і накладає велику відповідальність. У 2019 році майже 20% інтернів не склали ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3». Найгірші показники в них з лабораторної діагностики (не склали іспит 60%) та загальної лікарської підготовки (21,6%). Так, вони можуть повторно скласти іспит. Але такі результати демонструють низьку мотивацію інтернів до майбутньої професії. Навіть якщо вони її здобудуть, то за перших же труднощів підуть з медицини. Сьогодні ми й без того потерпаємо від наслідків демографічної кризи: на одного вступника до медичних універ-

ситетів припадає приблизно троє лікарів пенсійного віку. Якщо ми втратимо молодь — втратимо галузь.

ВЗ Останнім часом говорять про те, що кадрова криза найбільше стосується середнього медичного персоналу. Це дійсно так?

— У 2018 році зросли темпи скорочення чисельності всіх без винятку медичних кадрів, однак тенденція до зменшення кількості молодших спеціалістів з медичною освітою в Україні особливо помітна. Якщо у 2010 році забезпеченість ними становила 94,1 на 10 тис. населення, то у 2018-му — 82,3. Їх кількість за цей період зменшилася на 83 тис. Кожен восьмий фахівець пенсійного віку,

4,7% таких спеціалістів працюють у приватних структурах.

Втім, за останні 8 років відтік у приватну медицину збільшився серед усіх категорій медичних працівників. Якщо у 2010 році в приватному секторі працювали майже 12,5 тис. медиків, то у 2017-му — більше 14 тис., а у 2018-му — майже 16,5 тис. Нині в приватній медицині — кожен десятий український лікар, однак переважно це стоматологи (понад 31% від загальної їх кількості), дерматовенерологи (більше 17%), акушері-гінекологи (понад 9%). Як бачимо, і тут загальна цифра потребує детальнішої «розшифровки» для повноти картини.

ВЗ Яких висновків дійшли на підставі аналізу кадрової ситуації?

— Усе-таки хочеться акцентувати увагу на позитиві. Головним досягненням вітчизняної системи охорони здоров'я вважаю доступність медичної допомоги, зокрема й високоспеціалізованої — завдяки наявності відповідних фахівців. Цим потрібно пишатися, а не руйнувати.

Водночас існують ризики зменшення кадрового потенціалу, і вже сьогодні потрібно працювати над їх усуненням. У цьому допоможе лише виважена кадрова політика та належне інфраструктурне забезпечення системи надання медичної допомоги. Не потрібно зчиняти галас «усе пропало»: маємо хороші кадри і мусимо берегти їх як найбільшу цінність, не розбазарюючи по всьому світу. Якщо населення України відчує дефіцит високоякісної медичної допомоги, у тому числі й через брак фахівців, це призведе до соціальної напруги. У ринкових умовах вітчизняні медичні виші можуть переорієнтуватися на підготовку іноземних студентів. А хто лікуватиме наших громадян? Про це має подумати держава і реформувати галузь охорони здоров'я з огляду на стратегію її кадрового забезпечення, котру ще потрібно розробити й затвердити. Інакше реформи загальмуються, і наслідки цього можуть обернутися проти лікарів і пацієнтів. ■



**ПРИЄДНУЙСЯ!
ТРИВАЄ ПЕРЕДПЛАТА НА ГАЗЕТУ
«ВАШЕ ЗДОРОВ'Я» НА 2020 РІК!**

МІНІМАЛЬНИЙ
ПЕРЕДПЛАТНИЙ ПЕРІОД
6 МІСЯЦІВ

86181

6 міс.

182,26 грн

МІНІМАЛЬНИЙ
ПЕРЕДПЛАТНИЙ ПЕРІОД
1 МІСЯЦЬ

60965

1 міс.

51,68 грн

2 міс.

103,36 грн

3 міс.

155,04 грн

- Передплату приймають усі відділення зв'язку АТ «Укрпошта»
- Онлайн-передплату можна здійснити на сайті ДП «Преса» за адресою: www.presa.ua

**ЗА ДЕТАЛЬНІШОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ ЗВЕРТАЙТЕСЯ В РЕДАКЦІЮ ГАЗЕТИ.
ТЕЛ.: (067) 238 41 63 E-MAIL: VZS24@UKR.NET**