

---

## КАДРОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

*Т.М. Носуліч,  
молодший науковий співробітник  
РВПС України НАН України*

Підтримання системи охорони здоров'я для забезпечення відповідного рівня здоров'я своїх громадян зазвичай є пріоритетним завданням держави. Це передбачає необхідність належного розвитку цієї сфери, особливо кадрового потенціалу як основної її складової.

За умов трансформації суспільства охороні здоров'я притаманні динамічні зміни чисельності зайнятих, глибокі кількісні та якісні зрушення в структурі кадрового потенціалу, значною мірою зумовлені зростаючими потребами в медичних послугах, необхідністю розширення їх асортименту та підвищення рівня обслуговування населення.

Нині процеси формування кадрового потенціалу охорони здоров'я розглядаються, як правило, на макрорівні або ж на рівні окремих медичних закладів різного профілю. Багато вчених, зокрема, Л.Г. Богуш, І.С. Вітенко, Ю.В. Вороненко, В.І. Куценко, Є.Є. Латишев, Г.І. Лиса, О.Н. Литвинова, В.М. Лехан, В.Ф. Москаленко, Л.Т. Шевчук та ін. у своїх працях приділяють увагу різним аспектам розвитку кадрового потенціалу держави та системи охорони здоров'я зокрема [1,2,3,5,6,8,11]. Водночас практично не розробляються питання раціоналізації структури кадрів закладів охорони здоров'я на регіональному рівні.

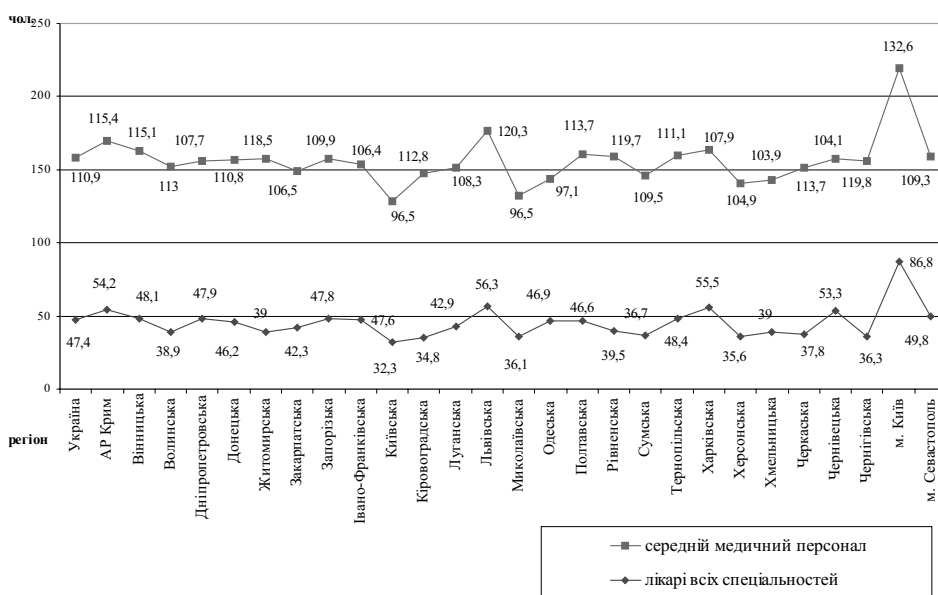
Кадровий потенціал потребує комплексного вивчення, у тому числі й виявлення регіональних особливостей формування раціональної професійно-кваліфікаційної структури, визначення основних проблем і перспектив розвитку.

На основі таких досліджень можна вносити чіткі пропозиції щодо подальшого реформування системи охорони здоров'я як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях. Завдання забезпечення відповідності рівня її розвитку суспільним потребам закономерно висувають високі вимоги до загальної та професійної підготовки працівників закладів охорони здоров'я, зумовлюють необхідність володіння сучасними технологіями лікувального процесу. Водночас розвиток кадрового потенціалу охорони здоров'я об'єктивно пов'язаний з тенденціями зайнятості населення, сформованими в останні роки, які, ймовірно, зберігатимуться і в перспективі. Серед них:

- зростання частки осіб похилого віку в складі робочої сили (зайнятих);
- скорочення частки молоді в складі зайнятого населення;

- збільшення чисельності зайнятих у сфері управління;
- зменшення чисельності працюючих безпосередньо у виробництві товарів і послуг.

Аналізуючи стан кадрового потенціалу, можна з впевненістю констатувати, що його кількісні показники з кожним роком кращими не стають. Так, кількість лікарів усіх спеціальностей у 2004 р. була на 1,7% нижчою проти 1990 р. та на 1,3% проти 2000 р. і становила 223,3 тис. чоловік. Ситуація з середнім медичним персоналом теж не є втішною. Його зменшення за цей же період склало відповідно 14% та 3,5%. Кількість працюючих становить 522,3 тис. осіб. Чітко простежуються і регіональні відмінності кадрової ситуації (рис. 1) [4, с. 15].



**Рис. 1. Кількість лікарів та середнього медичного персоналу на 10 тис. населення, 2004 р.**

Слід зауважити, що і в динамічному розрізі картина є схожою.

Основними чинниками, що зумовлюють забезпеченість населення медичним персоналом, є, безперечно, демографічна ситуація, особливості розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні, а також промисловий або аграрний характер економічного розвитку, наявність санаторно-курортних закладів, розгалужена мережа науково-дослідних установ, наявність медичних університетів і спеціалізованих медичних закладів. Під час аналізу забезпеченості населення медичними кадрами на регіональному рівні стало можливим виділити 4 групи регіонів за цим показником<sup>1</sup> (табл. 1).

<sup>1</sup> Для прикладу: в 2000 р. у Норвегії на 10 тис. населення припадало 47 лікарів і 200 середнього медичного персоналу, у Франції – відповідно 33 і 67, у Словаччині – 32 і 75, у РФ – 42 і 79, у Білорусі – 46 і 123.

*Таблиця 1*

**Групування регіонів України за рівнем забезпеченості населення медичними працівниками, 2004 р.**

	<b>I група Високий рівень</b>	<b>II група Середній рівень</b>	<b>III група Достатній рівень</b>	<b>IV група Низький рівень</b>
Лікарі усіх спеціальностей	Більше 60 осіб	50–60 осіб	40–50 осіб	Менше 40 осіб
осіб на 10 тис. населення	м. Київ (86,8)	Львівська (56,3), Харківська (55,5), Чернівецька (53,3) області, АР Крим (54,2)	Тернопільська (48,4), Вінницька (48,1), Дніпропетровська (47,9), Запорізька (47,8), Ів.-Франківська (47,6), Одеська (46,9), Полтавська (46,6), Донецька (46,2), Луганська (42,9), Закарпатська (42,3) області, м. Севастополь (49,8)	Рівненська (39,5), Житомирська (39), Хмельницька (39), Волинська (38,9), Черкаська (37,8), Сумська (36,7), Чернігівська (36,3), Миколаївська (36,1), Херсонська (35,6). Кіровоградська (34,8), Київська (32,3) області
Середній медичний персонал	Більше 115 осіб	115–110 осіб	110–100 осіб	Менше 100 осіб
осіб на 10 тис. населення	М. Київ (132,6), Львівська (120,3), Чернігівська (119,8), Рівненська (119,7), Житомирська (118,5), Вінницька (115,1) області, АР Крим (115,4)	Полтавська (113,7), Черкаська (113,7), Волинська (113), Кіровоградська (112,8), Тернопільська (111,1), Донецька (110,8) області	Запорізька (109,9), Сумська (109,5), Луганська (108,3), Харківська (107,9), Дніпропетровська (107,7), Закарпатська (106,5), Ів.-Франківська (106,4), Херсонська (104,9), Чернівецька (104,1), Хмельницька (103,9) області, м. Севастополь (109,3)	Одеська (97,1), Київська (96,5), Миколаївська (96,5) області

*Джерело:* [4, с. 15].

Зменшення забезпеченості населення середнім медичним персоналом зумовлено падінням престижності спеціальності середнього медичного працівника. Медичні сестри залишають сферу охорони здоров'я на користь інших секторів економіки, перш за все через низьку заробітну плату і відсутність можливостей для кар'єрного зростання.

Нині наявні як дисбаланс у безпосередній забезпеченості населення медичними кадрами, так і істотна відмінність у співвідношенні між лікарями та середнім медичним персоналом (табл. 2).

Зазначимо, що за нормативними документами оптимальним має бути співвідношення 3,5:1, але нині цей показник фіксується на рівні 2,3:1, що є набагато нижчим нормативного, хоча за останні роки у більшості регіонів він поліпшився і навіть у таких областях, як Чернігівська та Кіровоградська практично відповідає нормі.

Таблиця 2

Кількість середнього медичного персоналу на 1 лікаря по регіонах України, осіб

Регіон	2000	2004	2004 до 2000, %	Регіон	2000	2004	2004 до 2000, %
Україна	2,4	2,3	97,8	Миколаївська	2,7	2,7	100,4
АР Крим	2,1	2,1	101,8	Одеська	2,1	2,1	99,0
<b>Області:</b>							
Вінницька	2,5	2,4	97,3	Полтавська	2,5	2,4	98,0
Волинська	2,8	2,9	102,3	Рівненська	2,9	3,0	105,0
Дніпропетровська	2,2	2,3	100,1	Сумська	3,0	3,0	99,4
Донецька	2,5	2,4	97,6	Тернопільська	2,3	2,3	99,0
Житомирська	3,0	3,0	100,3	Харківська	2,1	1,9	91,3
Закарпатська	2,5	2,5	99,3	Херсонська	2,9	3,0	102,0
Запорізька	2,3	2,3	99,6	Хмельницька	2,7	2,7	97,6
Івано-Франківська	2,4	2,2	94,8	Черкаська	3,0	3,0	100
Київська	3,1	3,0	97,6	Чернівецька	2,1	2,0	91,2
Кіровоградська	3,2	3,2	101,7	Чернігівська	3,3	3,3	100,6
Луганська	2,4	2,5	101,9	м. Київ	1,6	1,5	93,8
Львівська	2,2	2,1	97,4	м. Севастополь	2,3	2,2	95,0

Обраховано за [4, с. 15; 10, с. 489–490].

Між тим, забезпеченість лікарями в Україні тривалий час була нижчою від середньої для СНД, Європи в цілому, країн Європейського Союзу і лише дещо перевищувала показники чисельності лікарів на 10000 жителів у країнах Центральної та Східної Європи. Проте порівняти цей показник (в Україні чисельність лікарів на 10000 жителів складає 47,4) з іншими країнами важко, адже, скажімо, у країнах Західної Європи є такий показник, як забезпеченість населення практикуючими лікарями (без урахування лікарів, зайнятих адміністративною роботою, тих, хто працює в системі санітарно-епідемічного нагляду, у допоміжних діагностичних і лікувальних підрозділах, у наукових і лікувальних закладах з теоретичних спеціальностей, а також стоматологів). У нас же враховуються всі лікарі, незалежно від того, де вони працюють, чи займаються лікувальним процесом. До речі, сьогодні в Україні забезпеченість практикуючими лікарями дорівнює середньоєвропейському показнику – 26,5.

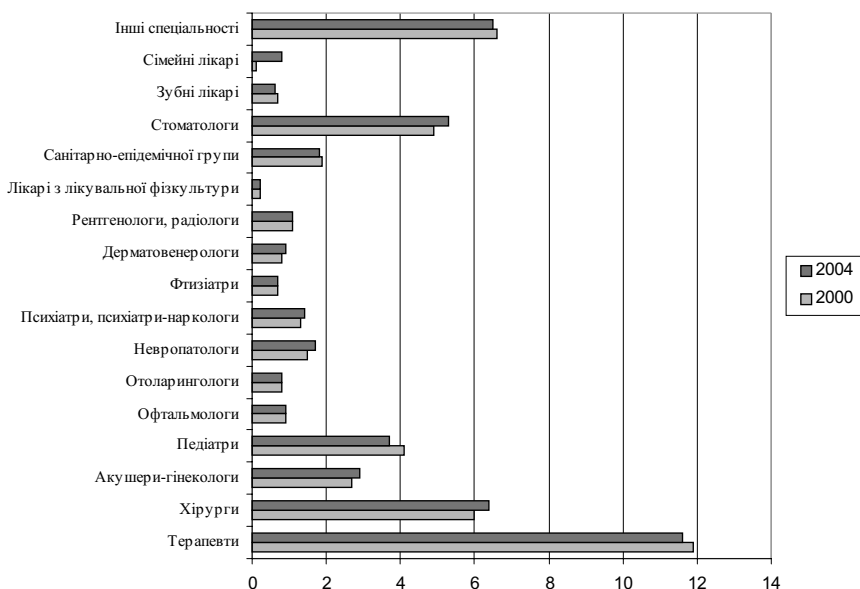
Однак існує стійке уявлення про значний надлишок лікарських кадрів в Україні. Ця проблема має відносний характер, оскільки полягає в нерівномірному розподілі медичних кадрів за спеціальностями<sup>2</sup> (рис. 2,3) [4, с. 16–17; 9, с. 209, 214].

З огляду на реформування первинної ланки системи охорони здоров'я спостерігається підвищення рівня забезпеченості населення сімейними лікарями, хоча їх кількість є ще недостатньою для ефективної роботи первинної медицини. Нині Україна відчуває брак лікарів первинної ланки при надлишку лікарів-спеціалістів. Серед лікарів вузьких

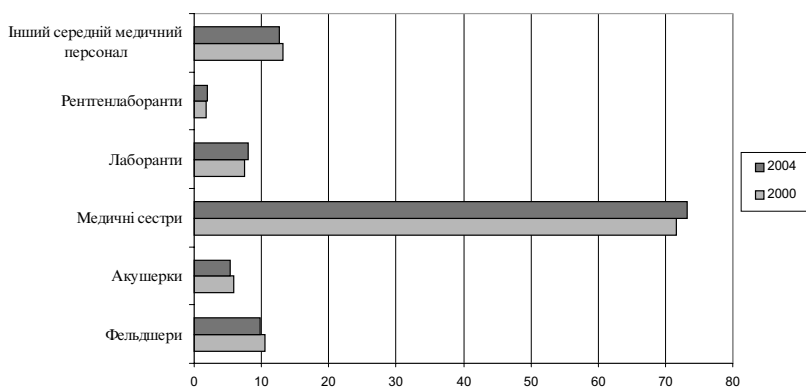
<sup>2</sup> У кількості терапевтів відображені також пульмонологи, кардіологи, ревматологи, кардіоревматологи дитячі, гастроентерологи, нефрологи, ендокринологи, алергологи, гематологи, дієтологи, фізіотерапевти, лікарі з функціональної та ультразвукової діагностики, швидкої допомоги, генетики, інфекціоністи; у кількості хірургів – лікарі серцево-судинної і торакальної хірургії, нейрохірургії, анестезіологи-реаніматологи, травматологи-ортопеди, урологи, ендоскопісти, проктологи, онкологи; у кількості лікарів санітарно-протиепідемічної групи – токсикологи, бактеріологи, вірусологи, епідеміологи, дезінфекціоністи, паразитологи, санітарні лікарі з комунальної гігієни, гігієни праці, харчування, дітей і підлітків, загальної і радіаційної гігієни; у складі психіатрів – психотерапевти.

Кількість педіатрів у розрахунку на 10000 дітей віком 0–14 років включно склала 25,0, акушерів-гінекологів у розрахунку на 10000 усіх жінок – 5,3; жінок віком 15–49 років – 10,9. Кількість акушерок у розрахунку на 10000 усіх жінок склала 9,8, на 10000 жінок віком 15–49 років – 20,0.

спеціальностей сьогодні має місце приховане безробіття, оскільки частина з них забезпечена роботою лише на половину або чверть ставки. В той же час у 2004 році залишалися вакантними близько 13 тис. лікарських посад при низькій кількості лікарів, які обслуговують сільське населення. Завдяки практиці, що збереглася, працевлаштування молодих фахівців, які навчались за державним замовленням, щороку випускники отримують направлення в сільську місцевість. Це дало можливість укомплектувати в останні роки понад 6 тис. лікарських посад у сільських медичних закладах. Однак незабезпеченість житлом і складні побутові умови призводять до значної плинності медичних кадрів на селі.



**Рис. 2. Забезпеченість населення лікарями окремих спеціальностей, на 10 тис. населення, осіб**



**Рис. 3. Забезпеченість населення середнім медичним персоналом за окремими спеціальностями, на 10 тис. населення, осіб**

Медики України традиційно посідали почесне і достойно оплачуване місце в суспільстві. За останні десятиріччя дефіцит фінансування галузі призвів до значного зменшення їх доходів. Фактично медперсонал став самотужки рятувати свої робочі місця — єдине джерело своїх доходів. За умов хронічної невивлати або несвоечасної виплати зарплати, а також низької зарплати відносно інших професійних і соціальних груп “тіньові” платежі є своєрідною компенсацією матеріальних і моральних втрат. Сьогодні зарплата молодших і середніх медпрацівників не відрізняється. Мало вона відрізняється й у лікарів.

Незважаючи на це, конкурс у медичні вищі навчальні заклади, хоча і зменшується, але залишається одним з найвищих. Однак, якщо ситуація не зміниться на краще, то можливе посилення відтоку медичних кадрів (за кордон<sup>3</sup>, в інші сфери діяльності), що негативно позначиться не лише на функціонуванні цієї сфери діяльності, а й на рівні обслуговування населення.

Із розвитком ринкової економіки та приватної медицини економічні питання все глибше проникатимуть в цю сферу. Тому процес лікування та отримання прибутку повинні бути відокремлені, адже професія лікаря не передбачає економічної підготовки.

Будь-які зміни неможливі без відповідної правової бази, отже передувати безпосередньому реформуванню має розробка законів і нормативно-правових актів.

В цілому для кадрового потенціалу медичної сфери характерним є:

- нерівномірність розподілу кадрів (як лікарів, так і середнього медичного персоналу по регіонах України);
- незадоволення потреби у дільничних терапевтах, педіатрах;
- низька забезпеченість лікарями сільського населення;
- невідповідність чисельності і структури медичних кадрів стратегічним завданням реформування системи охорони здоров'я;
- несформованість інституту лікарів загальної практики.

З метою поліпшення ситуації, забезпечення системної підготовки та ефективного використання медичних працівників у сфері охорони здоров'я, в Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації на 2002–2011 роки” було розроблено ряд заходів, зокрема таких, як: реорганізація системи планування та розподілу кадрового потенціалу на основі оптимального співвідношення “лікар — медичний працівник середньої ланки” в бік збільшення кількості середнього медичного персоналу; вдосконалення функціональних обов'язків лікарів з визначенням тих, які можуть передаватися середньому медичному персоналу; приведення нормативної бази, що стосується підготовки та використання медичних кадрів, у відповідність до чинного Класифікатора професій ДК 003-95; продовження інтегрування вищої медичної освіти України у міжнародну систему освіти тощо [7, с. 79–80]. На жаль, ці заходи виконуються повільно і не в повному обсязі.

На наш погляд, розвиток та ефективне використання кадрового потенціалу охорони здоров'я і на державному, і на регіональному рівнях слід здійснювати в напрямі забезпечення відповідності фактичної чисельності основних категорій медперсоналу нормативній чисельності, при цьому враховуючи потреби населення; формування суспільно необхідної професійно-кваліфікаційної структури кадрів, важливим чинником раціоналізації якої

---

<sup>3</sup> Згідно з дослідженнями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародної Організації Праці (МОП), найбільша для цілого світу проблема, пов'язана з лікарями, полягає в тому, що вони емігрують з бідних країн до багатших, будучи частиною потоку «відпливу мізків», через що бідні країни залишаються без спеціалістів, витративши кошти на їх підготовку. Підготовка лікарів є особливо дорогою справою.

має стати підвищення рівня оплати праці та ліквідація її відставання від середньої заробітної плати в сфері матеріального виробництва; збільшення обсягу фонду додаткової оплати праці, призначеного для виплат надбавок до посадових окладів, доплат, премій тощо; створення гнучкої системи нормування праці медичного персоналу, котра відповідає б конкретним умовам його роботи, забезпечувала впровадження нових форм обслуговування населення та організації праці; постійного вдосконалення професійних навичок, безперервного навчання та ліцензування діяльності працівників системи охорони здоров'я.

Таким чином, вдосконалення структури кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я населення та його ефективне використання сприятиме зміцненню людського капіталу, що позитивно позначиться на розв'язанні соціально-економічних проблем, які стоять перед нашою державою.

### Джерела

1. Вітенко І.С. Психологічні проблеми підготовки медичних кадрів в Україні // Журнал психіатрії і медичної психології. – 1995. – №1. – С. 22–26.
2. Вороненко Ю.В., Литвинова О.Ш. Менеджмент та лідерство в медсестринстві. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 367 с.
3. Гуманітарна сфера: питання теорії і практики. Монографія / В.І Куценко, Л.Г. Богущ та ін. За ред. В.І. Куценко. – К.: Наук. світ, 2002. – 456 с.
4. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України в 2004 р. Статистичний бюлетень. – К.: Держкомстат України, 2004. – 81 с.
5. Латишев Є.Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції // Одеський медичний журнал. – 2005. – №1(87). – С. 109–115.
6. Лиса Г.І. Трудовий потенціал установ охорони здоров'я і його формування в умовах ринкової економіки // Формування економічних відносин в умовах ринку / Зб. наук. пр. під ред. Фариона І.Д. – Тернопіль: Ек. Думка, 1998. – С. 292–295.
7. Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації на 2002–2011 роки”. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9. – С. 30–85.
8. Москаленко В.Ф. Основні здобутки у сфері охорони здоров'я за роки незалежності України // Охорона здоров'я України. – 2001. – №3. – С. 4–12.
9. Охорона здоров'я в Україні. Статистичний збірник. – К.: Держкомстат України, 2001. – 271 с.
10. Статистичний щорічник України за 2003 рік. – К.: Консультант, 2004. – 632 с.
11. Шевчук Л.Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз і прогноз. – Л.: ІРД НАН України, 2003. – 489 с.

---

**Аннотація.** Рассматриваются проблемы формирования и развития кадрового потенциала системы здравоохранения Украины и обуславливающие их факторы, проанализировано соответствие количественных и качественных параметров медицинского персонала существующим и перспективным потребностям; предложены первоочередные пути решения существующих проблем.

**Abstract.** The problems of forming and development of the of the health care system of Ukraine and their determinants factors that determine them are discussed; the correspondence of quantity and quality parameters of the medical personnel to the current and perspective needs is analysed; primary ways for solving the current problems are suggested.