



Аналітична записка НС4/2013

Права медичних працівників в світлі реформи охорони здоров'я

Зоряна Черненко*, Віталій Тесленко**

Резюме

На відміну від інших галузей та сфер суспільної діяльності охорона здоров'я має ключову рушійну силу – медичних працівників, а вже їм в допомогу надаються лікарські засоби та медичне обладнання. Медичний працівник повинен в умовах реформи отримати дієві шляхи мотивації та підтримки, матеріального забезпечення. Проблемами, що на сьогодні супроводжують проведення реформи, є відсутність Державної програми та брак належного фінансування. Однак попри недоліки у визначенні кроків власне потреба реформи в системі охорони здоров'я є актуальною. Водночас при реформуванні потрібно враховувати права медиків, які часом порушуються.

Аналітичну записку було підготовлено в рамках проекту «Незалежний аналіз ходу реформування сектору охорони здоров'я України», який виконує Інститут економічних досліджень та політичних консультацій (ІЕД) за підтримки Міжнародного фонду «Відродження».

* доктор права, юрист з біомедичного права, старший викладач Факультету правничих наук НаУКМА

** експерт інформаційно-аналітичної агенції "Право і медицина"



Зміст

1.	Вступ.....	3
2.	Законодавчі ініціативи щодо підвищення мотивації медичних працівників.....	3
2.1	Мотивація через підвищення оплати праці.....	3
2.2	Ініціативи 2011 року.....	3
2.3	Ініціативи 2012 року.....	4
2.4	Ініціативи 2013 року.....	5
3.	Дотримання прав медичних працівників.....	6
3.1	Проблема реалізації трудових прав медичних працівників.....	6
3.1.1	<i>Опис проблеми</i>	6
3.1.2	<i>Рекомендації</i>	6
3.2	Проблема забезпечення трудових прав медичних працівників.....	6
3.2.1	<i>Опис проблеми</i>	6
3.2.2	<i>Рекомендації</i>	7
3.3	Проблеми соціального захисту медичних працівників.....	7
3.3.1	<i>Опис проблеми</i>	7
3.3.2	<i>Рекомендації</i>	8
3.4	Проблеми кадрового забезпечення.....	8
3.4.1	<i>Опис проблеми</i>	8
3.4.2	<i>Рекомендації</i>	8
3.5	Проблеми мотивації медичних працівників.....	8
3.5.1	<i>Опис проблеми</i>	8
3.5.2	<i>Рекомендації</i>	9
4.	Висновки.....	9



1. Вступ

Власне реформа охорони здоров'я, розпочата в пілотних регіонах у 2011 році, одним із своїх завдань мала на меті покращити фінансове забезпечення медичних працівників. Цьому підтвердженням є зміст відповідних положень Програми економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава".

Однією з причин низької якості медичної допомоги в вищезазначеній програмі було визнано відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці. Особлива увага до медичних кадрів не набула належної ваги на рівні законодавчих актів Верховної Ради України та рішень Кабінету Міністрів України. Основний тягар підтримки медичних фахівців наразі лежить на Міністерстві охорони здоров'я та місцевій владі. Негативна динаміка збільшення кількості фахівців, які працевлаштовуються в інших країнах, збільшення нападів на медичних працівників, оптимізація з одночасною реорганізацією закладів охорони здоров'я зумовлюють потребу вивчити та оцінити правове становище медичних працівників.

Медичні працівники повинні мати доступ до сучасних наукових досягнень, наукової літератури, участі в наукових заходах, а не лише отримувати середню зарплату по Україні. Зазначені та інші аспекти становлять суть мотивації, що повинна бути впроваджена українською владою. На сьогодні робляться лише певні кроки, які не отримали достатньої фінансової підтримки.

Розділ 2 містить огляд основних ініціатив щодо підвищення мотивації медичних працівників. В розділах 3-7 ми окреслюємо основні проблеми забезпечення та реалізації трудових прав медичних працівників. Ці розділи дають також уявлення про аспекти мотивації та соціальної підтримки фахівців охорони здоров'я та подають рекомендації щодо дотримання прав медиків. В розділі 8 ми наводимо короткі висновки щодо пройдених етапів реформи та перспективних планів її продовження.

2. Законодавчі ініціативи щодо підвищення мотивації медичних працівників

2.1 Мотивація через підвищення оплати праці

Для підвищення якості медичних послуг одним з кроків, які слід зробити, визнано необхідність створення економічної мотивації для покращення якості медичних послуг, зокрема, шляхом зміни оплати праці працівників галузі охорони здоров'я за рахунок виділення двох складових:

- 1) постійної (на основі єдиної тарифної сітки)
- 2) змінної (залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги)

Новий підхід до оплати праці було частково використано в пілотних регіонах. Однак через те, що оклад першого тарифного розряду в Єдиній тарифній сітці залишився нижчим за мінімальну заробітну плату, суттєве підвищення заробітної плати відчув лише медичний персонал, в якого обсяги роботи суттєво перевищують нормативи (зокрема, для сімейних лікарів 1500 пацієнтів та 1200 пацієнтів відповідно в місті та селі). Водночас непорозуміння щодо оплати за якість надання медичної допомоги і визначення, що за якість сплачують в межах економії фонду оплати праці, найчастіше ставали на заваді підвищенню рівня оплати праці з урахуванням цього критерію.

2.2 Ініціативи 2011 року

Указом Президента України від 27 квітня 2011 року № 504/2011 «Про Національний план дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" визначено, що Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) разом з Кабінетом Міністрів України (КМУ) повинні були ще в 2011 році:



- розробити, подати та забезпечити розгляд КМУ акту щодо вдосконалення умов оплати праці працівників галузі охорони здоров'я
- розробити, внести на розгляд КМУ та забезпечити розгляд КМУ проект постанови КМУ про внесення змін до постанови КМУ від 26 березня 2006 р. N 1361 «Про надання одноразової адресної грошової допомоги деяким категоріям випускників вищих навчальних закладів»;
- розробити, внести на розгляд КМУ та забезпечити розгляд КМУ проекту акту КМУ щодо встановлення надбавки у розмірі 50 відсотків до посадового окладу медичним працівникам закладів охорони здоров'я у сільській місцевості.

Однак, до Постанови КМУ від 26 березня 2006 р. № 1361 зміни так і не були внесені, хоча був прийнятий інший акт аналогічного змісту - Наказ МОЗ України №390 від 28.05.2012.

2.3 Ініціативи 2012 року

Указом Президента України від 12 березня 2012 року № 187/2012 «Про Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки» визначено, що МОЗ України разом з КМУ повинні були ще в 2012 році здійснити такі кроки:

- ухвалити постанову КМУ про деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я, в якому передбачити порядок визначення фонду оплати праці медичних працівників центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги відповідно до кількості населення, що ними обслуговується, та порядку оплати праці таких працівників залежно від обсягу та якості наданої медичної допомоги;
- запровадити нові умови оплати праці медичних працівників залежно від обсягу та якості наданої медичної допомоги та видання відповідних методичних рекомендацій, у тому числі щодо роботи на першому етапі, в умовах підготовки і налаштування роботи електронного реєстру пацієнтів у пілотних регіонах;
- запровадити з використанням дистанційних методів (у тому числі через мережу Інтернет) нові програми із перепідготовки лікарів-терапевтів дільничних та лікарів-педіатрів дільничних для отримання спеціальності "лікар загальної практики – сімейний лікар";
- видати КМУ акт щодо підняття престижності праці медичних працівників закладів охорони здоров'я у сільській місцевості;
- затвердити перспективний план підготовки та перепідготовки лікарів за спеціальністю "Загальна практика – сімейна медицина" на період до 2015 року у розрізі регіонів та забезпечення виконання у 2012 році такого плану у пілотних регіонах.

Разом з тим, більшість із прописаних кроків не було запроваджено. Так, передбачену постанову щодо підняття престижності так і не було прийнято, хоча підготовка велась. Підготовка дистанційних методів лише наразі ведеться. Хоча обов'язок затвердження вищезгаданого перспективного плану підготовки було покладено на центральний орган виконавчої влади в охороні здоров'я, він так і не був затверджений. Також Міністерством охорони здоров'я України було ухвалено кількісні і якісні показники для оплати праці. В пілотних регіонах частково їх вже використовують.

Також вищезазначеним Указом Президента на місцеву владу в пілотних регіонах було покладено обов'язок у 2012 році затвердити регіональні програми "місцевих" стимулів для медичних працівників на 2012 рік. Виконання Указу Президента мало місце в окремих регіонах, зокрема в Дніпропетровській, Вінницькій, Донецькій областях. Однак, оскільки даний обов'язок було покладено на всі 27 адміністративних одиниць, а не лише на пілотні регіони, стимулювання відбувається нерівномірно та в різний спосіб. Переважно основною причиною невиконання вказівок Президента України є відсутність достатніх фінансових можливостей місцевої влади щодо таких нововведень.



2.4 Ініціативи 2013 року

Указом Президента України від 12 березня 2013 року № 128/2013 «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки» визначено, що МОЗ України разом з КМУ повинні були вже до кінця березня 2013 року:

- затвердити зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 року № 209 "Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я" щодо порядку формування фонду оплати праці медичних працівників центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- внести зміни до Методичних рекомендацій щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 квітня 2012 року № 313;
- затвердити рішеннями місцевих органів виконавчої влади (не лише пілотних регіонів) програми "місцевих" стимулів для медичних працівників на 2013 рік, передбачивши забезпечення (насамперед молодих спеціалістів) належними умовами праці, земельними ділянками, житлом, введення місцевих надбавок до заробітної плати та інших стимулюючих заходів;
- затвердити методики визначення нормативів навантаження на медичних працівників у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Очікується також, що в червні 2013 року КМУ ухвалить постанову про запровадження надбавок за обсяг та якість наданої медичної допомоги для медичних працівників, які надають первинну медичну допомогу, з урахуванням досвіду пілотних регіонів та з визначенням джерел фінансування таких надбавок, а також внесення змін до нормативно-правових актів, які визначають нормативи забезпеченості закладів охорони здоров'я, насамперед, штатними одиницями, лікарняними ліжками (зокрема, до постанови Кабінету Міністрів України від 28 червня 1997 року № 640 "Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення" та до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 року № 33 "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я"), а також до тих, що впливають на розрахунок фінансової забезпеченості у сфері охорони здоров'я.

До кінця вересня 2013 року уряд повинен ухвалити постанову щодо особливостей оплати праці та формування фонду оплати праці медичних працівників, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в пілотних регіонах, затвердити та впровадити методичні рекомендації щодо виплат надбавок медичним працівникам, які надають амбулаторну і стаціонарну вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, відповідно до обсягу і якості виконаної роботи згідно з установленними оціночними показниками.

Також до кінця 2013 року КМУ та МОЗ повинні розробити нормативи навантаження на медичних працівників у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (для багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування), залежно від обсягу наданої допомоги та формування штатних розкладів (листопад-грудень).

Підсумовуючи виконання ухвалених Президентом України заходів щодо реформування системи охорони здоров'я, варто відзначити, що реалізація окремих кроків вже відкладена, а деякі кроки виконуються, але із запізненням. Загалом, визначені складові модернізації медичної сфери набувають втілення, і найбільшою перешкодою для їх впровадження є недостатнє фінансове забезпечення передбачених Програмою економічних реформ заходів. Також, всупереч визначеній в Указі Президента України системності та плановості проведення заходів їх виконання відбувається не завжди злагоджено та вчасно.



3. Дотримання прав медичних працівників

3.1 Проблема реалізації трудових прав медичних працівників

3.1.1 Опис проблеми

Один із заходів, необхідний для проведення реформи, полягає у перекваліфікації медичних працівників, передусім педіатрів і терапевтів, на сімейних лікарів. При такій зміні спеціальності втрачається набута лікарями кваліфікація та стаж роботи за відповідною спеціальністю. При цьому виплата відповідних заслужених доплат за стаж та кваліфікацію зберігається протягом трьох років, після чого лікарям потрібно проходити атестацію. Залишаються невирішеними та поза увагою реформи вже традиційні часті порушення права на працю, такі як переведення медичних працівників на неповний робочий день, несвоєчасна виплата заробітної плати, рівень якої залишається досить низьким, скасування встановлених надбавок, незаконні звільнення з роботи, відсутність умов для реалізації соціальних гарантій для медичних працівників, які проживають і працюють у сільській місцевості.

З точки зору трудового законодавства в світлі реорганізації діяльності закладів охорони здоров'я в разі впровадження структурних змін на підприємстві, установі, організації працівник повідомляється за три місяці про проведення реструктуризації та про нові умови праці. При цьому держава як роботодавець повинна забезпечити цьому працівнику умови для зміни фаху, спеціальності з метою збереження ним працевлаштування.

Лише за умов нормативного закріплення на підприємстві, установі, організації процесу реструктуризації, працедавець має право визначення нових умов працевлаштування, при цьому вимагати нових вимог до кваліфікації працівників.

3.1.2 Рекомендації

Масові порушення трудових прав завжди мають місце при низькій правовій культурі працівників та за відсутності дієвих професійних об'єднань. Роль профспілок на сьогодні залишається номінальною. Отже, перш за все необхідно впровадити професійне самоврядування, завданням якого буде представництво як на національному, так і на персональному рівні трудових прав медичних працівників. В межах реформи з метою дотримання прав медичних працівників необхідно впровадити чіткий механізм відбору кандидатів на перекваліфікацію, вимоги до таких кандидатів, обрахувати необхідну кількість фахівців. Однак належним чином даний процес відбуватиметься лише за повного інформування медичної спільноти щодо планів керівництва. Необхідно створити план перепідготовки для кожного закладу, регіону, при цьому завчасно з ним ознайомити фахівців, водночас надаючи можливість змінити місце праці або вибрати шлях перекваліфікації.

3.2 Проблема забезпечення трудових прав медичних працівників

3.2.1 Опис проблеми

Відповідно до трудового законодавства обов'язок забезпечення умов праці медичним працівникам лежить на працедавцеві, тобто на керівнику закладу охорони здоров'я. За додержанням законодавства про охорону здоров'я також може вестись громадський контроль зі сторони профспілок, зокрема щодо створення безпечних та нешкідливих умов праці, належних виробничих та санітарно-побутових умов, забезпечення працівників спецодягом, спецвзуттям та іншими засобами індивідуального та колективного захисту. Однак дієвість та ефективність таких об'єднань за останні 20



років звелась нанівець. Хоча відповідно до законодавства в разі загрози життю або здоров'ю працівників професійні спілки мають право вимагати від роботодавця негайного припинення робіт на робочих місцях чи підрозділах в цілому на період, необхідний для усунення загрози життю або здоров'ю працівників, на практиці таке право не реалізується. Цьому сприяє і низька активність профспілок, і нівелювання впливу профспілок працедавцями. Фактично не має належного використання право профспілок проводити незалежні експертизи умов праці, а також приміщень на відповідність їх нормативно-правовим актам про охорону праці, брати участь у розслідуванні причин нещасних випадків і професійних захворювань.

Існує тенденція до зменшення витрат на охорону праці, а в окремих закладах охорони здоров'я (за даними організацій профспілки) мають місце факти нецільового використання коштів на охорону праці. Всі ці факти зумовлюють непривабливість медичної роботи в держаних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Оскільки професія медичного працівника пов'язана з постійним контактом з людьми в різних психологічних та фізичних станах, фактично відсутні механізми попередження нападів на медичних працівників. Відсутній порядок звітування про такі випадки та внесення таких даних до статистичної звітності. Відсутність звітності створює враження відсутності проблеми і не вимагає вжиття заходів щодо усунення причин виникнення таких ситуацій.

3.2.2 Рекомендації

Необхідно активізувати відповідні підрозділи центральних органів влади, відповідальні за контроль дотримання законодавства в сфері охорони праці, впровадити посилену відповідальність керівників закладів охорони здоров'я за недотримання законодавства в сфері охорони праці, навіть до кримінальної відповідальності в разі завдання значної шкоди здоров'ю та життю медичного працівника. Визначені штрафи за порушення вимог щодо охорони праці повинні бути в десятки разів збільшені з метою підвищення ефективності їх превентивної функції. Необхідно впровадити систему попередження нападів на медичних працівників. Варто заборонити скорочувати або переводити на інші потреби статтю видатків, пов'язану з охороною праці. Також професійна громадськість повинна отримати дієвого представника у відносинах з органами виконавчої влади.

3.3 Проблеми соціального захисту медичних працівників

3.3.1 Опис проблеми

Найбільша проблема – це забезпечення виконання ст. 78 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», а також контролю за впровадженням «місцевих стимулів». Кілька законопроектів, що з 2008 року вносились до Верховної Ради України, мали на меті підвищити престижність професії через впровадження соціальних стимулів та гарантій. Однак ці законопроекти так і не були прийняті. Соціальні гарантії, такі як надбавки та доплати, мають досить малий розмір щоб дійсно підтримати медичних працівників та сприяти забезпеченню їх житлових та матеріальних потреб. Ще однією проблемою є покладення забезпечення більшості соціальних гарантій на місцеву владу, яка на сьогодні має досить невеликі статті доходів і немає належних фінансових можливостей. Окрім того, різні області України мають різні можливості та потреби, проте рівень забезпечення медичних працівників не повинен залежати від регіону, оскільки всі медичні працівники працюють на загальну державну мету – охорону здоров'я. Щодо фінансового забезпечення реалізації місцевих стимулів в державі необхідно впровадити систему державних дотацій задля збереження рівномірного розподілу медичних працівників по адміністративно-територіальним одиницям і з метою попередження їх необґрунтованої міграції.



3.3.2 Рекомендації

Позитивним прикладом виконання місцевою владою покладених обов'язків стимулювання є надання квартир медикам. Зокрема влада м. Кривий Ріг переоблала гуртожиток на квартири для сімейних лікарів, що приваблює лікарів з інших міст і частково знизило потребу в медиках в місті.

Необхідно в разі продовження фінансування більшості соціальних гарантій з місцевого бюджету внести зміни до порядку перерозподілу доходів в державі. Для впровадження місцевих стимулів варто запровадити національну програму, яка заклала б напрями та способи такого стимулювання, передбачила шляхи фінансування, стала б керівними вказівками для місцевої влади.

3.4 Проблеми кадрового забезпечення

3.4.1 Опис проблеми

Відсутність стратегії відбору фахівців на перекваліфікацію зумовлює майже стовідсоткове перенавчання педіатрів та терапевтів пенсійного та перед пенсійного віку на сімейних лікарів. Тобто зусилля, кошти, час витрачаються на підготовку фахівців, які працюватимуть в системі менше десяти років замість 30 років у випадку молодого спеціаліста. Процедура направлення на перенавчання немає належного фінансового, організаційного та правового підґрунтя, що зумовлює його низьку ефективність. Хоча існує певний досвід скеровування на перенавчання, однак також вже існують відпрацьовані механізми обходу процедур направлення, що свідчить про низьку зацікавленість молодих кадрів працювати, особливо в сільській місцевості.

3.4.2 Рекомендації

Впровадження чіткої карти кадрового забезпечення з часовим прогнозом потенційних змін в кадровому складі є необхідним. В умовах реформування перекваліфікацію повинні проходити педіатри і терапевти 30-45 років, за чіткими процедурами відбору, з усуненням можливості особистого впливу керівництва. Лікарі первинної ланки у віці понад 45 років повинні мати право за бажанням перенавчатись на сімейного лікаря за бюджетні кошти. Водночас не варто перенавчати на короткострокових курсах вузьких спеціалістів.

Щодо направлення випускників медичних навчальних закладів на роботу в сільську місцевість необхідна чітка державна програма з інформаційною підтримкою щодо підвищення престижності роботи в системі охорони здоров'я та чіткою програмою місцевих стимулів.

3.5 Проблеми мотивації медичних працівників

3.5.1 Опис проблеми

Мотивація може мати як фінансову, так і нефінансову форму. Відповідно до законодавства, медичним працівникам не передбачено виплату матеріальної допомоги для вирішення соціально-побутових питань, надбавки за престижність праці, грошової винагороди за сумлінну працю і зразкове виконання обов'язків тощо. Заробітна плата працівників охорони здоров'я є однією з найнижчих серед працівників інших галузей економіки і знаходиться на передостанньому місці перед сільським господарством. Досі так і не було прийнято підготовлену МОЗ України постанову КМУ «Про підвищення престижності праці медичних та фармацевтичних працівників, які працюють у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що розташовані у селах та селищах міського типу».

Указом Президента України було передбачено внесення в 2011 році змін до Постанови КМУ № 1361 від 26.03.2006 щодо надання одноразової адресної грошової допомоги не лише випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямами і спеціальностями педагогічного профілю, а й випускникам медичних вищих навчальних закладів. Однак ці зміни внесені не були. Натомість було



видано Наказ МОЗ України №390 від 28.05.2012 року, відповідно до якого випускники-медики та фармацевти, які зобов'язуються відпрацювати не менше трьох років у сільській місцевості і селищах міського типу, а також на посадах лікарів загальної практики, дільничних лікарів-педіатрів і лікарів-терапевтів, мають право на одноразову адресну грошову допомогу в п'ятикратному розмірі мінімальної заробітної плати.

З 1 січня 2012 року медичні та фармацевтичні працівники державних і комунальних закладів отримують допомогу на оздоровлення у розмірі посадового окладу при наданні щорічної відпустки.

Пунктом 4 Прикінцевих положень Закону України «Про Державний бюджет України на 2013 рік» встановлено, що у 2013 році норми і положення пунктів ж) та і) статті 77 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» застосовуються у порядку та розмірах, встановлених Кабінетом Міністрів України, виходячи з наявних фінансових ресурсів Державного бюджету України та бюджету Пенсійного фонду України на 2013 рік. Тобто знову держава немає ресурсів навіть під час проведення реформи.

Все фінансове забезпечення чи стимулювання залежить від головного лікаря - і надбавки, і премії. Тобто в охороні здоров'я на будь-якому рівні відсутня чітка прозора система стимулювання.

Брак коштів в державному бюджеті на соціальний захист зумовлює фактичну відсутність умов для професійного та особистого зацікавлення медичних працівників у своїй роботі. Небажання цікавитись новинками в науковій літературі за власні кошти, відвідувати конференції за власні кошти, займатися професійним вдосконаленням зумовлює низький рівень надання медичної допомоги в Україні. Підвищення зарплати не сприятиме використанню додаткових грошей на професійне зростання, адже нові розміри заробітних плат медичних працівників лише підтягують оплату праці в медицині до середнього заробітку.

3.5.2 Рекомендації

Варто переорієнтувати реформу з оптимізації, тобто скорочення фінансування, на ефективне використання коштів. Система охорони здоров'я повністю залежить від мотивації медичних працівників. Навіть при обмеженому фінансуванні за наявності зацікавлених працівників можна досягти високих результатів. Необхідно запровадити стимули фінансового характеру:

- підвищити базову ставку оплати праці, яка сплачується за нормативну кількість пацієнтів;
 - передбачити надання надбавок за якісні показники праці (протягом перехідного періоду у 2 роки не використовувати знижувальні коефіцієнти по окремих показниках, наприклад, запущені випадки туберкульозу);
- вдосконалити запровадження місцевих стимулів, які б включали надання грошової допомоги для вирішення соціально-побутових питань;
- для медичних працівників сільської місцевості запровадити надбавки в розмірі 50% до посадового окладу.

Необхідно запровадити стимули організаційного характеру:

- забезпечення належних умов роботи;
- надання оплачуваних додаткових відпусток на час участі в конференціях, наукових заходах;
- проведення навчань, тренінгів локального характеру не лише з медичної тематики, а й з просвітницької, вирішення конфліктів;
- проведення конкурсів, змагань з професійної діяльності з достойними нагородами.

4. Висновки

Реформа охорони здоров'я має на меті оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я. Однак по суті відбувається приведення кількості медичних працівників у відповідність до фінансових можливостей



місцевих бюджетів. Така політика зумовила та ще зумовить скорочення чисельності медичних працівників, а отже збільшення навантаження на тих, що залишаються працювати. В результаті погіршується якість медичної допомоги населенню.

Щодо первинного рівня надання медичної допомоги варто визнати недостатню кількість медичних працівників зі спеціальністю «сімейний лікар». Тому до процесу підготовки кадрів та перепідготовки вже працюючих медичних працівників слід підходити з дотриманням всіх чинних правових норм, в тому числі трудового права.

Лише за умови належного кількісного та якісного забезпечення кадрами первинного рівня можна не лише зберегти, а й покращити якість надання медичної допомоги.

Щодо вторинного рівня медичної допомоги варто визнати, що велика кількість медичних працівників в умовах нового бачення функціонування системи охорони здоров'я залишиться непотрібною. Хоча при цьому кількісне забезпечення первинного рівня досить низьке. Тому виникає необхідність переведення кадрів з одного рівня на інший. При цьому фахівці повинні зробити досить багато для належної професійної підготовки, і вибір кандидатур повинен бути прозорим. Ідеальним варіантом є пропозиція всім фахівцям вторинного рівня пройти перекваліфікацію на сімейного лікаря. На сьогодні відбувається суб'єктивний вплив керівництва на вибір кандидатур, які підлягають перекваліфікації, що суперечить рівності трудових прав всіх медичних працівників.

Варто визнати, що основною підтримкою проведення реформи є медичні працівники, які без достатніх належних стимулів, ефективної роз'яснювальної роботи досить часто гальмують зміни. Причиною такого стану справ слід визнати низьке розуміння наслідків змін, які проводяться. Проблеми також виникають через відсутність стратегії інформаційної роботи з медичними працівниками, прозорі процедури переведення кадрів з вторинного рівня на первинний.

Потрібно розробити державну стратегію мотивації медичних працівників, яка б могла стати ліпшим підґрунтям для місцевих стимулів, які впроваджуються в областях. І головне, реформа потребує фінансування, без якого ефективно впровадження реформи гальмується.



Інститут економічних досліджень та політичних консультацій

Місія

Вироблення альтернативного погляду на ключові проблеми суспільного та економічного розвитку України

Цілі

Надавати висококваліфіковану експертну оцінку в сфері економіки та економічної політики.

Бути реальним чинником формування громадської думки шляхом організації публічного діалогу.

Сприяти розвитку економічних та суспільних наук та стимулювати розвиток дослідницької спільноти в Україні.

Публікації

Місячний економічний моніторинг України (МЕМУ) з додатком

МЕМУ містить місячний огляд і короткий аналіз ключових заходів економічної політики та статистичних даних, які були оприлюднені протягом попереднього місяця. Додаток до МЕМУ містить розширеним аналіз однієї важливої події в українській економіці. Інститут випускає 12 випусків МЕМУ на рік, які доступні на умовах передплати.

Макроекономічний прогноз України

Макроекономічний прогноз України включає прогноз ВВП та його компонентів, фіскальних індикаторів, платіжного балансу, інфляції, обмінного курсу на поточний та наступні роки. Випускається 12 випусків на рік – 4 квартальні випуски та 8 оновлень з короткими коментарями, – які доступні на умовах передплати.

Моніторинг інфраструктури України (МІУ)

МІУ є щорічним звітом, який містить дані про стан реструктуризації шести секторів інфраструктури в Україні. Інформацію представлено у стандартизований спосіб, який дозволяє порівнювати зміни у відповідних галузях. Розглянуті показники є якісними та розділяються на три загальні категорії: (1) комерціалізація, (2) тарифна реформа, (3) регуляторний та інституційний розвиток. Двадцять один індикатор дозволяють проводити економічний та стратегічний аналіз на різних рівнях узагальнення. У вільному доступі.

Економічні Підсумки для України

Економічні підсумки містить огляд і короткий аналіз ключових економічних показників та заходів економічної політики року. Публікується в січні, використовуючи наявні дані та річні оцінки, та оновлюється у травні, коли оприлюднюється переважна більшість даних щодо минулого року. Публікація доступна на основі передплати.

Дослідження ділової активності

Дослідження ділової активності складаються з двох окремих опитувань. Перше дослідження – промисловість – здійснюється на основі опитування керівників підприємств переробної промисловості. Друге – банки – ґрунтується на опитуванні керівників банків. Щороку публікується чотири випуски Досліджень ділової активності для кожного з секторів, які доступні на умовах передплати.

Консультативні роботи

Консультативні роботи є спільним продуктом Німецької консультативної групи з питань економічних реформ в Україні та ІЕД, метою якого є надання рекомендацій щодо економічної політики для українських політиків. Рекомендації розробляються на основі детального аналізу ситуації в Україні, сучасної економічної теорії та найкращих міжнародних прикладів. Роботи доступні для політиків та – через певний час – для громадськості.



КОНТАКТИ:

Інститут Економічних Досліджень
та Політичних Консультацій
вул. Рейтарська 8/5-А, 01030 Київ
Тел. (+38044) 278-6342
Факс (+38044) 278-6336
E-mail: institute@ier.kiev.ua
<http://www.ier.com.ua>
Facebook проекту: [Реформа охорони здоров'я](#)

Голова Правління

Ігор Бураковський
burakovsky@ier.kiev.ua

Виконавчий директор

Оксана Кузяків
kuziakiv@ier.kiev.ua

Директор з наукової роботи

Вероніка Мовчан
movchan@ier.kiev.ua

Центр економічних досліджень

Олександра Бетлій
betliy@ier.kiev.ua

Віталій Кравчук
Kravchuk@ier.kiev.ua

Дмитро Науменко
naumenko@ier.kiev.ua

Ірина Коссе
kosse@ier.kiev.ua

Катерина Пількевич
pilkevich@ier.kiev.ua

Артур Ковальчук
kovalchuk@ier.kiev.ua

Галько Світлана Василівна
galko@ier.kiev.ua

Костянтин Кравчук
k.kravchuk@ier.kiev.ua

Центр досліджень сільського господарства

Олег Нів'євський
nivjevskiy@ier.kiev.ua

Юлія Огаренко
ogarenko@ier.kiev.ua

Центр досліджень сучасного суспільства

Ірина Федець
fedets@ier.kiev.ua

Інна Ченаш
chenash@ier.keiv.ua