

**Герасімова Олена Аркадіївна**

*науковий співробітник,*

*Державна установа «Інститут економіки та прогнозування*

*Національної академії наук України»*

DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-426-2-35>

## **ДИСПРОПОРЦІЇ У ОПЛАТІ ПРАЦІ ЛІКАРІВ ПРИ АДМІНІСТРУВАННІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ**

Впровадження медичної реформи в Україні надало можливість медичним закладам самостійно заробляти кошти та вільно ними розпоряджатись. Водночас при організації медичного обслуговування та фінансового відшкодування вартості медичних послуг потрібен контроль за видатками та раціональним використанням фінансових ресурсів, виділених Національною службою охорони здоров'я (НСЗУ) за Програмою медичних гарантій. З одного боку, держава повинна забезпечити прийнятний рівень доходу медичних працівників, з іншого – створити умови, які б спонукали постачальників надавати якісні медичні послуги. Для цього повинен бути баланс між оплатою праці медичних працівників, додатковими винагородами та фондом розвитку медичних закладів.

Диспропорції у оплаті праці медичних працівників можуть бути як системними, що залежать від загального розвитку країни, обсягів виділення бюджетних коштів на медицину, так і локальними, пов'язаними безпосередньо з адмініструванням конкретного медичного закладу.

В першому випадку диспропорційність в оплаті праці можна виміряти співвідношенням середньої заробітної плати лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу до середньої заробітної плати по країні. Також можна провести міжкраїнне порівняння рівнів оплати праці медичних працівників. Такі

порівняння дають змогу оцінити ризики міграції медичного персоналу в інші країни та обсяги додаткового бюджетного фінансування для нівелювання розривів в оплаті праці.

В другому випадку мова йде про диспропорційність при розподілі коштів всередині медичного закладу, коли існує нерівність у оплаті праці окремих категорій працівників, суттєві розриви в оплаті праці між керівною ланкою та власне тими, хто безпосередньо забезпечує лікування пацієнтів. Для цього потрібен аналіз витрат на оплату праці за типами працівників медичного закладу (керівники, керівники медичних підрозділів, лікарі, середній медичний персонал тощо). У якості бенч-марки можна використовувати співвідношення в оплаті праці, які існують у країнах ЄС. Зрозуміло, що загальний рівень оплати праці в різних країнах Європейського союзу різниться відповідно до загального розвитку країни, проте підходи при формуванні оплати праці лікарів є подібними.

Для аналізу співвідношення у оплаті праці окремих типів медичних працівників та керівників медичних установ на основі статистичних даних середньої оплати праці у медичних закладах автором було відібрано 4 країни ЄС – Німеччину, Францію, Чехію та Болгарію [1]. Так середня оплата праці керівників медичних установ Болгарії складає 42% винагороди керівників у Франції. Для Чехії цей показник становить близько 60 відсотків.

Середня оплата праці лікарів Болгарії становить 41,47% від аналогічної у Франції, Чехії – 57,26 відсотка. Разом з тим співвідношення оплати праці окремих категорій лікарів по відношенню до керівників закладів в усіх чотирьох країнах є приблизно однаковим і складає для педіатрів від 60% (Німеччина) до 65 % (Болгарія, Франція), терапевтів від 70% (Німеччина) до 76% (Франція), лікуючих лікарів у шпиталях від 65% (Німеччина) до 71% (Франція).

В той же час лікарі-спеціалісти мають заробітну плату, що складає близько 90% від винагороди керівників медичних закладів (неврологи, гінекологи, онкологи), а деякі категорії мають заробітну плату, що перевищує винагороду керівників, в т.ч. окулісти

(95–105%), гастроентерологи та кардіологи (99–108%), урологи (104–114), хірурги (122–134%), нейрохірурги (162–178%). Такий підхід гарантує забезпечення достатнього рівня доходу лікарів, які, власне, своїми навичками у наданні медичних послуг забезпечують надходження коштів у медичні заклади. Крім того, аналіз доходів медичних працівників показав, що, попри меншу оплату праці в абсолютному вимірі у порівнянні з Німеччиною, в Болгарії, Франції та Чехії співвідношення в оплаті праці між керівною ланкою і лікарями є на користь останніх. В такий спосіб стимулюється праця лікарів в цих країнах, що викликає почуття соціальної справедливості та запобігає в умовах спільного ринку праці ЄС перетіканню спеціалістів в країни з більш високими доходами.

В Україні заклади, що мають статус комунальних некомерційних підприємств (КНП) отримують пряму оплату з державного бюджету від НСЗУ. Вони, як неприбуткові підприємства, самостійно розпоряджаються отриманими грошима. Статус КНП дозволяє встановлювати розмір заробітної плати для медичних та інших працівників в колективному договорі, а також відв'язує заробітні плати від єдиної тарифної сітки. Для запобігання значних порушень у оплаті праці медичних працівників внаслідок дії колективних договорів в медичних закладах держава гарантує базовий рівень оплати праці лікарів та середнього медичного персоналу за умови виконання необхідного навантаження. Проте виплата додаткової винагороди регулюється самим договором, що не передбачає втручання держави. Тому на місцевому рівні можуть виникати (і виникають) значні диспропорції в оплаті праці лікарів та середнього медичного персоналу.

Аналіз звітів про доходи та витрати більше 2200 КНП за 2023 рік, що надають первинні, вторинні багатопрофільні та спеціалізовані медичні послуги, показав суттєві диспропорції в оплаті праці лікарів та середнього медичного персоналу у порівнянні з доходами керівників закладів [2].

Так лише в третині закладів всіх типів допомоги винагорода лікарям становить 70% та більше від доходів керівників, з них у 8%

закладів лікарі отримують заробітну плату на рівні керівників. Також в третині закладів винагорода складає менше 50% від доходів керівників, а в 4% закладів вона менша 30 відсотків.

Найкраща ситуація в розподілі коштів на оплату праці лікарів в закладах надання первинної медичної допомоги (ПМД). Серед більш ніж 950 закладів лише в 1,9% оплата праці лікарів менша 30% ввід доходу керівників, а частка тих установ, в яких доходи лікарів є вищими 70% становить 42,6 відсотка, в т.ч. 90% та вище зафіксовані в 19% закладів ПМД. При цьому є заклади, в яких керівники отримують заробітну плату на рівні 75–80 тисяч гривень, в той час як лікарі мають щомісячні доходи на рівні 15–20 тисяч гривень. В той же час в значній кількості закладів при доходах керівників на рівні 40–60 тисяч гривень заробітна плата лікарів складає 30–40 тисяч гривень.

Більш суттєві диспропорції є в закладах надання екстренної медичної допомоги (ЕМД). Так в Закарпатському центрі надання ЕМД у 2023 році керівник закладу отримувач щомісячно 160 тисяч гривень, в той час як середня заробітна плата лікарів складала 27 тисяч, а середнього медичного персоналу 18 тисяч гривень. Жоден з центрів надання ЕМД попри навантаження лікарів не забезпечує їх гідну оплату праці вище 85% від доходів керівника центру. Лише 4 заклади з 25 забезпечують заробітну плату лікарів від 72 до 85 відсотків від заробітної плати керівників.

Для закладів з надання вторинної медичної допомоги, більшість з яких є багатопрофільними лікувальними закладами (920 з 1290 установ, інші відносяться до категорії спеціалізованих – кардіологічних, реабілітаційних, онкологічних і т.н. – закладів) більше 73% установ виплачують лікарям менше 70% винагороди керівників, в т.ч. в 5,7% закладів така винагорода складає менше 30%. В той же час лише 8,75% закладів забезпечують доходи лікарів співставно з доходами керівників медичних установ. Враховуючи, що в багатопрофільних закладах значна частка лікарів є спеціалістами високої кваліфікації та спеціалізації, такі співвідношення

доходів суттєво відрізняються від усталених практик Європейського союзу, про які йшлося вище.

Такі диспропорції в умовах нестачі лікарів внаслідок російської агресії, окупації частини території України, руйнування медичних закладів, збільшення навантаження на медичних працівників при відсутності достатнього грошового забезпечення створюють напруження через відчуття несправедливого розподілу і будуть призводити до міграції в інші країни.

Крім того, в Україні відношення середньої заробітної плати лікарів по відношенню до середньої по країні становило у 2021 році близько 1,2, що є значно нижчим аналогічних показників в ЄС. Так в Чехії цей показник був на рівні 2,6, в Німеччині – 3,4, у Франції – 2,2. Це створює додаткові ризики відтоку медичних працівників у країни ЄС.

Громадський контроль над використанням коштів КНП при фінансуванні оплати лікарів згідно усталених європейських практик сприятиме покращенню управління медичними установами та підвищенню якості надання медичних послуг.

### **Література:**

1. ERI Economic Research Institute. URL: <https://www.eri.com/salary/job/medical-director>
2. Національна служба здоров'я України. Звіт про доходи та витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1-hc>