УДК 331.1

Созарукова Ф.М.[1]

КАДРОВЫЙ ДЕФИЦИТ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Аннотация. В данной статье рассматривается кадровый дефицит медицинского персонала, а именно врачебного состава. Анализ зарубежного опыта показывает растущую ориентацию кадровой политики, направленную на достижение структуры врачебных кадров, соответствующей потребности системы здравоохранения и общества в целом. Распределение выпускников медицинских вузов – одно из решений острой проблемы дефицита врачей.

Ключевые слова: кадровый дефицит, система здравоохранения, кадровый потенциал, проблемы здравоохранения, медицинские учреждения, распределение выпускников, пути решения.

Sozarukova F.

PERSONNEL SHORTAGE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS: CAUSES AND SOLUTIONS

Abstract. This paper discusses the personnel shortage of medical personnel, namely the medical staff. The analysis of foreign experience shows the growing orientation of personnel policy aimed at achieving the structure of medical personnel that corresponds to the needs of the health care system and society as a whole. The distribution of medical graduates is one of the solutions of the acute problem of doctors shortage.

Keywords: personnel shortage, health care system, personnel potential, health problems, medical institutions, distribution of graduates, solutions.

В российском здравоохранении традиционно существует дефицит медицинских кадров (особенно в сельских территориях), на что обращается внимание многих ученых и практиков в работах и докладах [1, 2,]. По данным Минздрава Российской Федерации, которые приводит в своей работе Титова Е.Я. [3], не хватает 148,2 тысячи врачей и более 800 тысяч медсестер. Одной из главных причин низкой укомплектованности штата и нехватки медицинских кадров является недостаточно высокий уровень оплаты труда в системе здравоохранения в сравнении с рядом других отраслей экономики. При этом даже ее повышение не всегда позволяет мотивировать медицинский персонал к увеличению производительности труда, по причине уже имеющейся перегрузки работой. К тому же, по мнению Ошкординой А.А. [4], негативное влияние оказала реализация Федерального закона «О специальной оценке условий труда», согласно которому произошло сокращение срока отпусков; увеличение продолжительности рабочего времени; уменьшение разных доплат за вредные условия работы специалистов здравоохранения.

Серьезное отрицательное воздействие на деятельность всей системы оказывают возрастающая нехватка медицинских специалистов (мы говорим именно о врачах), постоянное снижение показателей укомплектованности врачами, что, безусловно, сказывается на снижении доступности и качества мед. помощи населению.

[1] *Созарукова Фарида Муратбиевна*, специалист отдела кадров РГБУЗ «Зеленчукская ЦРБ», КЧР, e-mail: vipsozarukova@mail.ru, тел.: 8-988-617-38-88.
Farida Sozarukova, HR specialist, “Zelenchuk Central Regional Hospital”, Karachaevsk and Cherkessk Republic, e-mail: vipsozarukova@mail.ru, tel.: 8-988-617-38-88.

Выделяют ряд основных проблем, которые вызывают дефицит кадров в здравоохранении:

– низкий уровень оплаты труда медицинских работников;

– отсутствие престижности у профессии врача;

– не регулирование численности внебюджетных мест при приеме в ординатуру;

– низкий уровень развития ГЧП в сфере здравоохранения.

В странах Европы, США, Канаде и Австралии врач воспринимается как профессиональная элита общества. Государство этих стран предъявляет высокие требования к уровню подготовки и квалификации врача. Отсюда и высокий уровень оплаты труда.

Для сравнения, в Германии средняя зарплата врача более чем в 2 раза выше среднего уровня зарплаты по стране, в США – в 5 раз, – рассказала Ксения Медведева, руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT. – У нас, по разным данным – в 1,1–1,5 раза. Сравнивать уровень дохода врачей в России и странах Запада в деньгах вообще смысла не имеет – это числа разного порядка.

В западном здравоохранении предусмотрена система вознаграждения: существуют программы оплаты результатов стационарной помощи. С 2004 года в Великобритании врачи общей практики получают бонусы, исходя из оценки деятельности врачей. Значение программ вознаграждения растёт, тем не менее, доля надбавок составляет 3–5% общего размера заработной платы. Основой оплаты труда остаётся базовая часть, которая зависит от сложности выполняемой работы, опыта и компетенций.

Врачи в России совмещают работу на нескольких местах из-за низкого уровня оплаты труда. В западных странах распространена практика совмещения докторами амбулаторного приёма и работы в стационаре, но это не является формой дополнительного заработка. Зарубежная практика совмещения – это способ обеспечения преемственности ведения пациентов: врач принимает пациента в приёмной и в случае необходимости продолжает лечение в больнице. Такая форма привлекает пациентов и повышает квалификацию врача, так как работа в стационаре расширяет профессиональный кругозор амбулаторного специалиста и обеспечивает непрерывность ведения пациента. Государство поддерживает такой подход в кадрах.

Для решения этой непростой ситуации руководство Министерства здравоохранения России решило пойти на ряд фундаментальных мер:

– совершенствование оплаты труда и переход на эффективный контракт;

– внедрение новой формы целевой контрактной подготовки медицинских работников;

– создание Федерального регистра об уровне квалификации, возрастной и гендерной структуре медицинских работников в регионах.

По мнению большого количества российских врачей, переход на эффективный контракт сведется к интенсификации труда, но никак не скажется на его оплате. Федеральный регистр скорей всего не устраняет дисбаланс кадров и не способствует формированию мер социальной поддержки медработников. Как только выпускник или ординатор завершит обучение, его место окажется вакантным, и обязательства по целевому набору могут не выполняться. Так как проблемы все же есть, те меры, которые инициированы Министерством здравоохранения РФ и регионами нужно только приветствовать.

В тоже время еще один вопрос, который становится не менее актуальным, это материальное стимулирование труда медицинского персонала. Большой спектр видов работ в медицинской сфере, отсутствие четких критериев результативности труда, объективной оценки качественных показателей работы, недостаток количественных показателей измерения труда – все это делает необходимым формирования общих методических подходов к разработке стимулирующей системы финансового вознаграждения и решения кадровых вопросов, в частности кадрового обеспечения медицинских учреждений.

В Бюджетном послании Президента Российской Федерации о бюджетной политике

в 2018 году отмечалось, что в 2019–2024 гг. на развитие системы здравоохранения из всех источников потребуется ежегодно направлять в среднем более 4 % ВВП. Но стремиться нужно, безусловно, к 5%. В целом, если говорить об абсолютном выражении, это означает, что общие объемы расходов на здравоохранение должны увеличиться вдвое.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» предполагалось:

– повышение к 2018 году средней заработной платы врачей до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе;

– повышение к 2018 году средней заработной платы социальных работников, включая социальных работников медицинских организаций, младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), – до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе [5].

Но какова реальная картина на сегодняшний день, по мнению Л.М. Рошаля [6], поручение президента России Владимира Путина об увеличении заработной платы врачам привело не к увеличению государственных расходов на заработную плату, а к придуманной финансистами «оптимизации» со всеми негативными последствиями. В стране острый кадровый дефицит: не хватает врачей в первичном звене, не хватает узких специалистов. И «оптимизация» не решила кадровую проблему. Отсюда и невозможность получить лечение вовремя. Л.М. Рошаль [6] отметил, что необходимо иметь план, каким образом мы будем ликвидировать кадровый дефицит. Это должен быть государственный план, четко проработанный, с выделенным финансированием. Но пока такого плана на государственном уровне нет.

Низкая престижность профессии врача в России в большинстве своем является следствием низкой оплаты труда медработников.

К сожалению, сейчас все чаще врач воспринимается не как специалист, эксперт, а как сотрудник сферы обслуживания, – прокомментировала проблему руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT Ксения Медведева. – Такие убеждения формируются не за один год, и поменять их быстро не получится (очень похоже на ситуацию с учителями). По данным наших опросов, почти 40% докторов отмечают, что не ощущают уважения к себе со стороны общества, окружающих в связи со статусом врача (довольно высокий процент). Около 65% отмечают, что не видят положительной динамики в плане интереса к профессии со стороны молодежи, около 20% даже отмечают отрицательную динамику.

Стимулирование труда медицинского персонала, для обеспечения высоких результатов их труда, является важнейшей задачей, которую можно решать как при помощи методов мотивации, так и в целом системой управления персоналом.

Организационно-правовой статус врачей в западном здравоохранении отличается от положения российских врачей. В больницах врачи работают по найму, но в сфере амбулаторной помощи основной субъект – частнопрактикующий врач, который действует в составе индивидуальных или групповых практик.

Такой статус имеет ряд преимуществ:

– обеспечивает широкую самостоятельность врача в решении медицинских, организационных и экономических задач;

– обусловливает единоличную ответственность – за результаты врачебной практики отвечают сами врачи, а не организация.

Одной из основных причин дефицита врачей И.М. Шейман, С.В. Сажина [7] отмечают, что в отличие от зарубежной практики в России государство не регулирует численность и структуру внебюджетных мест при приеме в ординатуру, их определяют сами медицинские вузы, что является питательной средой для

формирования устойчивых диспропорций кадровых ресурсов. Вузы заинтересованы в обеспечении нагрузки преподавательских кадров и получении дополнительных доходов, поэтому на платной основе готовят врачей популярных специальностей, чья деятельность ориентирована преимущественно на платежеспособный спрос – стоматологов, дерматовенерологов, гинекологов, урологов и прочее: так, число бакалавров, специалистов и магистров по стоматологии выросло в период 2006–2015 гг. на 73%, в то время как общее число студентов в медицинских вузах увеличилось лишь на 35% [7]. Медицинские вузы, сталкиваясь с проблемой недофинансирования, «добирают» финансовые средства, прежде всего за счет «капитализируемых» профессий.

Как следует из Таблицы 1, доля внебюджетного приема студентов по стоматологии составляет 72%, по фармации – 62% (и это при очень высокой насыщенности рынка стоматологическими услугами и аптеками). Почти половина студентов, проходящих обучение по наиболее массовой специальности «лечебное дело», учатся на платной основе. Вполне очевидно, что большинство из них ориентированы на получение в будущем узких специальностей, приносящих высокий доход, однако им предстоит сложный путь поиска сначала места в ординатуре, а затем и места работы, поскольку спрос на гинекологов, урологов, косметологов, хирургов и иные популярные профессии очень незначителен, а менее популярные специальности вряд ли будут для них привлекательными. Иными словами, государство, не вмешиваясь в структуру внебюджетного приема, на практике поощряет будущие кадровые диспропорции.

Таблица 1. Распределение численности студентов медицинских специальностей, обучающихся в специалитете, в зависимости от источников финансирования, 2016 г.

Специальность	Всего студентов на всех курсах, чел.	Обучающихся за счет бюджетов всех уровней		Обучающихся по договорам об оказании платных образовательных услуг	
		Чел.	%	Чел.	%
Лечебное дело	142525	74970	52,6	6755	47,2
Педиатрия	42383	29794	70,3	125589	29,7
Стоматология	38900	10840	27,9	28060	72,1
Медико-профилакт. дело	9212	7213	78,3	1999	21,7
фармация	28647	10910	38,1	17737	61,9
Медицинская биохимия	2064	1340	64,9	724	35,1
Медицинская биофизика	619	509	82,2	110	17,8
Медицинская кибернетика	698	371	53,2	327	46,8

Источник: Распределение численности студентов по курсам, направлениям подготовки и специальностям» сводной общероссийской таблицы по формам № ВПО-1 за 2016 г. URL: http://минобрнауки.рф/министерство/статистика/информация-2016 (дата обращения: 27.11.2018 г.)

В 2016 г. Минздрав России впервые ограничил количество мест для приема граждан по договорам с физическими и юридическими лицами для каждого из подведомственных учреждений, реализующих программы ординатуры. Это ограничение распространялось только на выпускников, завершивших освоение программ специалитета по новым образовательным стандартам высшего образования. (В 2016 г. это были выпускники стоматологических и фармацевтических факультетов образовательной политики, которая решает не только проблемы собственно подготовки медицинских кадров, при этом усиливается взаимодействие этих направлений государственной политики.)

Анализ зарубежного опыта показывает, что в большинстве западных стран экстенсивное увеличение численности врачей и среднего медицинского персонала не исчерпывает проблематики кадрового обеспечения. Растущее значение приобретает стратегия структурных

сдвигов, призванная обеспечить соответствие структуры кадров реальным потребностям отрасли в частности и общества в целом. Кадровое обеспечение (прежде всего новые подходы к планированию и регулированию структуры кадров) определяет содержание образовательного процесса, но и влияет на структурные параметры.

В России структурная составляющая кадровой и образовательной политики оказалась ослабленной. Действующие методы планирования и регулирования кадров во многом воспроизводят структурные диспропорции кадрового состава отрасли, однако в последние годы предпринимаются попытки исправить положение, но результаты пока неочевидны.

Одним из действенных методов сокращения числа дефицита врачей, особенно на селе, стало бы обязательное распределение выпускников медицинских вузов, которые обучались на бюджетной основе. Таким образом, пополнится первичное звено, решится проблема дефицита врачей в сельской местности и рабочих поселках, а также в отдаленных регионах.

Также одним из направлений решения кадрового дефицита может послужить развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении. Государственно-частное партнерство является эффективным инструментом решения ряда важных социально-экономических задач, в том числе способствующим повышению качества обслуживания пациентов и доступности дорогостоящих видов лечения, а также модернизации системы информирования, повышению уровня квалификации медицинского персонала. «Как показывает мировая практика, совместная работа государства и бизнеса и в системе обязательного медицинского страхования, и в проектах по модернизации системы здравоохранения на основе государственно-частного партнерства более эффективна, чем в тех случаях, когда система здравоохранения находится исключительно в ведении государства. В России интеграция частных инвесторов в государственное здравоохранение только начинает развитие. Государство готово использовать профессионализм и опыт частного сектора в развитии современных форм проектного финансирования, организации управления собственностью и хозяйственной деятельностью объектов», – сообщил Заместитель Министра здравоохранения РФ Сергей Краевой. Задача устранения диспропорций в конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг закреплена в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 [8].

Внедрение механизмов ГЧП на национальном уровне позволит ускорить развитие рынка медицинских услуг, а также будет способствовать формированию эффективной конкурентной среды, оптимизации управления финансовыми ресурсами, повышению качества и увеличению числа оказываемых услуг. Помимо этого, развитие государственно-частного партнерства повлияет на понижение дефицита специалистов в здравоохранении.

Для существенного облегчения острой проблемы дефицита врачей, можно предложить несколько направлений деятельности:

– устанавливать целевые показатели снижения разрыва в уровне обеспеченности врачами сельской и городской местности. На сегодняшний день этот разрыв очень велик и составляет 14,5 и 45,2 врачей соответственно на 10 тыс. жителей [9]. Методика планирования кадров для сельской местности должна устанавливать сближение этих показателей как минимум до двукратного уровня;

– установить обязательное распределение выпускников медицинских вузов, которые обучались на бюджетной основе;

– обеспечить разработку перспективного плана развития кадровых ресурсов. Текущее планирование кадров должно дополняться перспективным с расширением горизонта до 2030–2035 гг., для чего необходимо создать новую институциональную структуру планирования кадров. Недостатки планирования в России во многом определяются ограниченными ресурсами для проведения детальной плановой работы, чрезмерной централизацией планирования;

– развивать и внедрять механизмы государственно-частного партнерства в здравоохранении;

– усилить регулирование структуры приема на внебюджетные места в ординатуре. Предлагается внести поправки в закон «Об образовании», предусматривающие установление государственного регулирования приема студентов в ординатуру в медицинских вузах по специальностям на все места обучения независимо от источника его финансирования. Главный механизм этого регулирования – определение структуры ресурсов вузов по отдельным специальностям, в том числе состава учебных кафедр и профессорско-преподавательского состава, т.е. регулирование предложения образовательных услуг.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1) Наджафова М.Н. Трудовые ресурсы как фактор повышения эффективности функционирования отрасли здравоохранения // Научный альманах Центрального Черноземья. 2014. № 2. С. 146–148.
2) Хурцилава О.Г. Обеспеченность населения врачами первичного звена здравоохранения: факты, тенденции и прогнозы / О.Г. Хурцилава, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева, Д.Л. Логунов // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2015. Т. 7. № 3. С. 66–72.
3) Титова Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения // Анализ риска здоровью. 2017. № 1. С. 125–131.
4) Ошкордина А.А. Оценка использования трудовых ресурсов в медицинских учреждениях // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. 2016. № 27-2. С. 104–108.
5) Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2013. № 2. [Электронный ресурс]. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnyy-kontrakt-v-zdravoohranenii (дата обращения: 13.10.2018 г.)
6) Рошаль Л.М. Дефицит медицинских кадров – это общероссийская проблема [Электронный ресурс] // MEDRUSSIA. URL: https://medrussia.org/7549-deficit-medicinskikh-kadrov/ (дата обращения: 10.11.2018 г.)
7) Шейман И.М, Сажина В.И. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей [Электронный ресурс]. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/kadrovaya-politika-v-zdravoohranenii-sravnitelnyy-analiz-rossiyskoy-mezhdunarodnoypraktiki (дата обращения: 11.11.2018 г.)
8) Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 28.09.2018) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/ (дата обращения: 15.12.2018 г.)
9) Росстат: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://rosstatistika.ru (дата обращения: 31.10.18 г.)