

Мигунова Юлия Владимировна

кандидат социологических наук,
научный сотрудник
Института социально-экономических исследований
Уфимского научного центра
Российской академии наук

ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ [1]

Аннотация:

Актуальность заявленной темы прослеживается в русле проблем системы здравоохранения, обусловленных дефицитом высококвалифицированных специалистов данной области. С целью более полной оценки кадрового обеспечения современной системы здравоохранения в статье исследуется динамика количественного состава врачей и среднего медицинского персонала в России за 2004–2015 гг. Анализ статистических данных показал, что фиксируются тенденции снижения численности врачей и среднего медицинского персонала в последние годы. Выявлено, что в Республике Башкортостан за исследуемый период количество врачей также сокращалось. В отношении численности среднего медицинского персонала в Башкортостане наблюдались тенденции роста, поэтому он был более высок в сравнении с общероссийским индикатором. Низкий уровень оплаты труда врачей и других работников здравоохранения является ключевым фактором, обуславливающим недостаток профессионалов с медицинским образованием.

Ключевые слова:

кадровое обеспечение, врачи, средний медицинский персонал, административный персонал, медицинские организации, медицинская помощь, обеспеченность населения врачами, финансирование здравоохранения, уровень заработной платы, Республика Башкортостан.

Migunova Yuliya Vladimirovna

PhD in Social Science,
Research Associate,
Institute for Social and Economic Researches,
Ufa Scientific Center of
the Russian Academy of Sciences

PROBLEMS AND CONTRADICTIONS IN STAFFING HEALTHCARE ORGANIZATIONS [1]

Summary:

The purpose of this study is to review healthcare system problems caused by the lack of highly qualified specialists in this field. To provide a complete assessment of staffing in modern healthcare organizations, the author examines the quantitative dynamics of doctors and nursing staff in Russia in 2004–2015. The analysis of statistical data shows that there has been a decline in the number of physicians and nurses in recent years. The number of doctors in the Republic of Bashkortostan has decreased in the period under review as well. With regard to the increase in the number of nursing staff, this indicator is higher in Bashkortostan than in Russia in general. Low salary of healthcare providers is the key factor that explains the shortage of medical experts.

Keywords:

staffing, physicians, nursing staff, administrative staff, healthcare organizations, medical assistance, availability of physicians, health care financing, salary level, Republic of Bashkortostan.

Медицинские кадры представляют собой наиболее ценный и значимый компонент современной системы здравоохранения, поэтому проблемы и противоречия кадрового обеспечения, назревшие в данной отрасли, поставили перед обществом ряд важных задач. В их число входит нехватка высококвалифицированных врачей и медсестер, отрицательно сказывающаяся на качестве предоставления медицинской помощи населению. Вследствие отсутствия профессионалов существенно снижается уровень диагностирования и лечения, внедрения передовых информационных технологий. Между тем специалисты считают, что даже закупка дорогостоящего высокотехнологичного оборудования не гарантирует качественность и результативность лечения, основная проблема заключается в дефиците персонала, способного освоить данную технику. Все эти проблемы проявляются не только на уровне лечения, но и в управлении отраслью, медицинскими организациями [2].

Вследствие этого ключевым фактором, обуславливающим дефицит кадров, является довольно низкая заработная плата. Иными словами, работники отрасли представляют собой низкооплачиваемую категорию трудящихся. Естественно, это обстоятельство не способствует повышению их мотивации к результативному труду.

Цель представленного исследования – выявление проблем в области кадрового обеспечения медицинских организаций, анализ тенденций количественного состава врачей и среднего медицинского персонала.

Проанализированы статистические материалы, характеризующие динамику количественного состава врачей и среднего медицинского персонала за 2004–2015 гг. в России и Башкортостане. Кроме того, с помощью статистических данных исследованы особенности оплаты труда сотрудников сферы здравоохранения.

Так, например, в 2004–2011 гг. в России наблюдалось нестабильное увеличение численности врачей, однако с 2012–2015 гг., наоборот, фиксировалось снижение данного показателя. Таким образом, количество врачей в 2004–2015 гг. уменьшилось примерно на 5,2 % (с 48,4 до 45,9 чел. на 10 тыс. населения).

В региональном разрезе за 2014 г. максимальное количество врачей в России регистрировалось в Санкт-Петербурге (73,8 чел. на 10 тыс. населения), Республике Северная Осетия – Алания (64,5) и Астраханской области (60,8). Минимальный показатель численности за описываемый период фиксировался в Чеченской Республике (27 чел. на 10 тыс. населения). Второе и третье места с конца заняли Курганская (28,8) и Ленинградская (33,6) области [3].

В Башкортостане исследуемый показатель в период 2004–2015 гг. характеризовался нестабильным трендом: 2004 г. – 41,9 чел. на 10 тыс. населения; 2007 – 43,1; 2009 – 42,8. Однако к 2015 г. количество врачей снизилось: 2012 г. – 41,6 чел. на 10 тыс. населения, 2015 – 40,2 [4] (рис. 1).

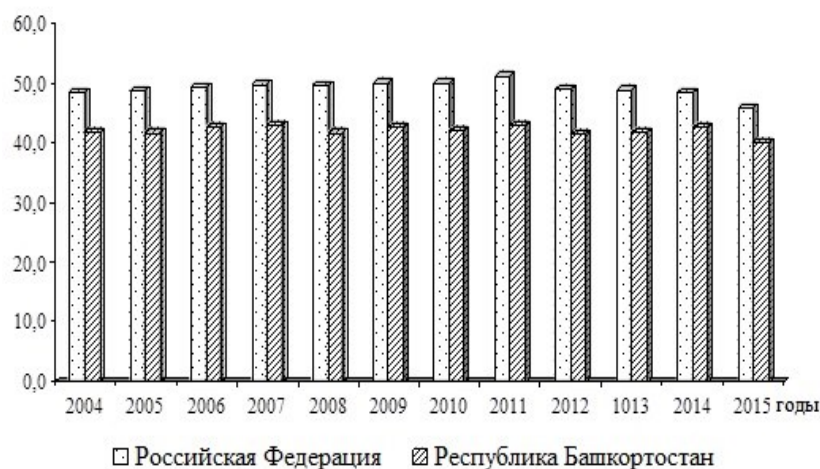


Рисунок 1 – Динамика количественного состава врачей на 10 тыс. населения в Российской Федерации и Республике Башкортостан, 2004–2015 гг.

Исследование кадровых ресурсов здравоохранения обозначило важные особенности, существенно изменяющие разделение труда между группами работников здравоохранения. Одна из них – увеличение сервисного элемента в структуре оказания медицинской помощи. Эта ситуация объясняется тем, что в результате старения населения увеличивается количество пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. Как следствие, возникает необходимость постоянного наблюдения за состоянием их здоровья. Поэтому так важно значение эффективных социально-медицинских мер, направленных на работу с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, связанную с сокращением обострений, а значит, с необходимостью в дорогостоящем стационарном лечении.

В этой ситуации основная работа связана с трудом медицинских сестер, вынужденных совмещать сервисный и клинический элементы медицинской помощи. В России расширение функционала медсестер слабо выражено, что приводит к более высокой врачебной нагрузке. В этом случае приходится говорить о более низкой интенсивности медицинской помощи в условиях стационара (в России степень трудоемкости стационарной помощи в 2–5 раз ниже, чем в европейских странах), поскольку здесь недостаточно развиты функции вспомогательного персонала [5].

Динамика количественного состава среднего медицинского персонала в России за 2004–2015 гг. характеризовалась нестабильной тенденцией снижения, причем особенно ощутимо она проявилась в 2011–2014 гг. (минимальный показатель зарегистрирован в 2014 г. – 104,3 чел. на 10 тыс. населения). Примечательно, что максимальный уровень представленного индикатора фиксировался в 2004 г., 2006–2007 гг. – 108,6 чел. на 10 тыс. населения.

В региональном разрезе за 2015 г. наибольшее количество среднего медперсонала регистрировалось в Магаданской области – 165,6 чел. на 10 тыс. населения, в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (154,5), Республике Коми (153,4). Наименьшее наблюдалось в Ленинградской области (75,4), Севастополе (84,6), а также Калининградской области (88,1) [6].

В Башкортостане в период 2004–2007 гг. отмечались неустойчивые тенденции описываемого показателя. В 2004–2007 гг. регистрировался его рост (2005 г. – 111,9 чел. на 10 тыс. населения,

2007 – 113,8), в 2008–2015 гг. фиксировалось явное снижение численности среднего медицинского персонала по республике: 2008 г. – 111,7 чел. на 10 тыс. населения; 2010 – 110,9; 2012 – 110,7. Однако в 2015 г. анализируемый индикатор вырос до 112,2 чел. на 10 тыс. населения. Причем в сравнении с общероссийским показателем в Башкортостане он был несколько выше (рис. 2).

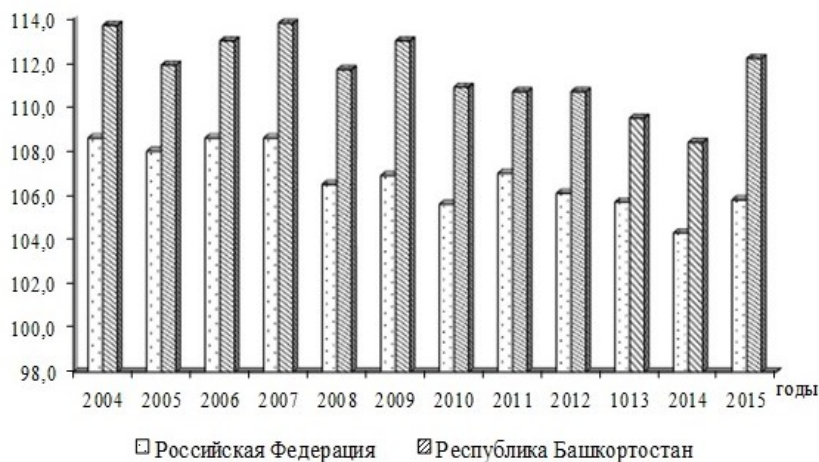


Рисунок 2 – Динамика количественного состава среднего медицинского персонала на 10 тыс. населения в Российской Федерации и Республике Башкортостан, 2004–2015 гг.

Итак, наблюдаются тенденции снижения количественного состава врачей и среднего медицинского персонала в России в последние годы, т. е. в современных условиях количество медицинских работников сокращается. При этом в ходе сравнения данных показателей зафиксированы значительные диспропорции в количественном составе специалистов с высшим и средним медицинским образованием. Например, в 2015 г. численность врачей была в 2,3 раза ниже, чем представителей среднего медицинского персонала (рис. 3).

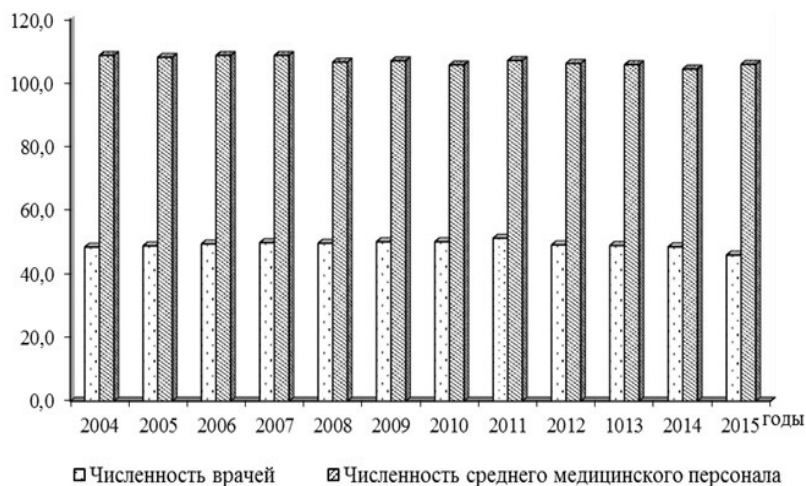


Рисунок 3 – Численность работников, занятых в здравоохранении в Российской Федерации, на 10 тыс. населения, 2004–2015 гг.

В России в структуре специальностей изучаемой сферы, не связанных с медицинским образованием, доминирует административный персонал. Поэтому на него, как правило, не распространяется решение о повышении оплаты труда медикам. В случае очередной оптимизации или сокращения немедицинские кадры в первую очередь лишаются своих рабочих мест. Однако значение административного персонала весьма велико, поскольку его недостаточное развитие и применение повышает нагрузку на врачей и медсестер, т. е. на персонал, основной функцией которого является лечение пациентов, а не обеспечение документооборота, которым как раз и должен заниматься административный персонал. В свою очередь это ведет к неэффективному использованию трудового ресурса, оцениваемого как фактор дисбаланса кадров, сказывающийся на медицинской помощи.

Вопреки относительно стабильному росту оплаты труда медицинских работников в 2010–2015 гг., ее уровень был в 1,3 раза меньше, чем в целом по экономике. Описываемые тенденции подтверждаются данными таблицы 1 [7].

Таблица 1 – Соотношение среднемесячной заработной платы в целом по экономике Российской Федерации и в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг, р., 2010–2015 гг.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Среднемесячная зарплата по экономике в целом	20 952	23 369	26 629	29 792	32 495	34 030
Среднемесячная зарплата в здравоохранении и предоставлении социальных услуг	15 724	17 545	20 641	24 439	27 068	28 179

Более того, среднемесячная заработная плата врачей ниже, чем оплата труда по экономике в целом. Сложную ситуацию демонстрируют данные официальной статистики: в 2013 г. зарплата врача составляла 27 656,7 р. в месяц, 2014 – 31 384, в 2015 г. – 32 896,6 р.

Приведенные факты свидетельствуют о необходимости изменить существующую форму оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала. К примеру, значительно лучше стимулируют участкового врача способ подушевого финансирования (на каждого приписавшегося к данному врачу пациента) и дополнительные надбавки за достижение установленных показателей деятельности: сокращение частоты вызовов скорой помощи, снижение смертности на дому и др.

Ряд исследователей считают, что эффективный «социальный контракт», заключаемый непосредственно с врачом, и является той основой, на которой зиждется индивидуальная оплата труда врача, учитывая его достижения в клинической деятельности. Иначе говоря, более высокая зарплата для опытного врача означает признание его заслуг, оправдывающее не только текущие усилия, но и многолетний труд по формированию профессионального авторитета. Более того, начинающий врач будет стараться приобрести необходимую репутацию, имея к этому материальный стимул. Значение репутационных аспектов оценки труда врача проистекает из сути его взаимоотношений с пациентами, фактора особого доверия пациента врачу. Следовательно, главным условием эффективного контракта является установление такой оплаты труда, которая дает врачу возможность достаточно зарабатывать на одном рабочем месте, не размениваясь на дополнительные подработки [8].

Пересмотр существующей модели финансирования российской системы здравоохранения неизбежно связан с существенным изменением объемов государственного финансирования отрасли. Однако настоящее положение дел говорит об обратном: так, например, по оценкам экспертов, в 2014 г. государственные расходы на здравоохранение, в сравнении с 2013 г., уменьшились на 9 % [9]. Более того, уровень расходов отрасли не достигает даже рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения минимума в 5 % ВВП [10].

Между тем не стоит забывать, что дефицит финансирования отрасли не менее важен, чем рациональность и эффективность используемых денежных средств. По мнению специалистов, дополнительные вложения в сектор амбулаторно-поликлинической помощи должны быть в три раза выше, чем затраты на высокотехнологичное диагностическое оборудование [11]. В свою очередь упрощение механизмов финансирования со значительным сокращением количества финансовых потоков в данной сфере также позволит качественно улучшить перераспределение выделяемых денежных средств. Переход на принципы одноканального финансирования и формирования на его основе полного тарифа на оказываемые медицинские услуги, по нашему мнению, упростит и сделает более прозрачной систему здравоохранения [12].

Важной финансовой проблемой региональной системы российского здравоохранения является сметный принцип финансирования. Специалисты считают, что данный способ распределения бюджетных средств не соответствует индивидуальным потребностям пациента, следовательно, выделяемые финансы расходуются нерационально. Соответственно, для повышения эффективности денежных вложений и достижения лучшего качества медицинской помощи требуется переход первичного звена здравоохранения на подушевой принцип финансирования отрасли, заключающийся в выделении финансовых средств на каждого пролеченного пациента. При таком подходе сотрудники лечебно-профилактического учреждения приобретают материальную заинтересованность в полном выздоровлении пациента, что повышает качество медицинского обслуживания [13].

Более эффективное развитие форм страховой медицины также относится к мерам рациональной финансовой политики в здравоохранении, предполагающей дальнейшее совершенствование системы обязательного медицинского страхования населения и развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг. Медицинское страхование представляет собой такой механизм распределения денежных средств, который позволяет устанавливать закрепленные источники финансирования здравоохранения. Благодаря этому появляется возможность сделать размеры финансирования здравоохранения менее зависимыми от приоритетов бюджетной политики. Кроме того, развитая система медицинского страхования позволяет оплачивать услуги медицинской организации за реальные объемы и качество оказания помощи, а не за численность персонала и размеры коечного фонда учреждения. Все это обеспечивает оплату работы сотрудников медицинских структур исходя из принципа «деньги следуют за пациентом», качество лечения определяет материальное вознаграждение врача и среднего медицинского персонала. Отлаженный механизм системы

медицинского страхования предполагает включение в сферу компетентных посредников между пациентом и врачом, представляющих собой страховые фонды или компании, заинтересованные в качественном лечении больного, а не в вытягивании денег на бессмысленные обследования [14].

Итак, проблемы и противоречия кадрового обеспечения медицинских организаций прежде всего связаны с низкой заработной платой их сотрудников. Статистические данные свидетельствуют о том, что оплата труда в организациях в целом по экономике в 1,3 раза больше, чем в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг. Соответственно, ее уровень детерминирует количество сотрудников, занятых в отрасли. Вследствие этого за истекшие годы (2004–2015 гг.) количественный состав врачей и среднего медицинского персонала практически не изменился. В сравнении с общероссийскими тенденциями в Башкортостане численность врачей была ниже. В свою очередь, количественный состав среднего медицинского персонала за 2004–2015 гг. также уменьшился. Например, в 2015 г. в России представленный индикатор уменьшился на 2 % в сравнении с 2005 г. Примечательно, что в Республике Башкортостан численность среднего медицинского персонала была выше по сравнению с Россией в целом. Сопоставляя количественный состав врачей и среднего медицинского персонала в Российской Федерации за 2004–2015 гг., можно обнаружить значительный дисбаланс в соотношении представленных показателей, что в результате ведет к необоснованному перераспределению функциональных обязанностей медицинских работников разного уровня, к нарушению лечебно-диагностического процесса и снижению эффективности оказываемой помощи. Однако диспропорции кадровых ресурсов имеют место не только внутри медицинских организаций, но и в разрезе «город – село», поскольку связаны с низкой обеспеченностью населения как врачами, так и средним медицинским персоналом в сельской местности. Таким образом, постановка и научное осмысление проблем и противоречий кадрового обеспечения медицинских организаций указывают на определенные сдвиги, происходящие в оценке роли врача и высококвалифицированного среднего медицинского персонала.

Процесс управления современной системой здравоохранения имеет стратегическое значение и тесно связан с обеспечением высокого кадрового потенциала. В настоящее время в российском здравоохранении существует ряд важных проблем, связанных с кадрами. Основные из них – низкий профессиональный уровень значительной части врачей, серьезный кадровый дисбаланс, детерминируемый нехваткой некоторых категорий работников. В связи с этим врачи представляют собой недорогой трудовой ресурс, обремененный множеством не свойственных им дополнительных функций. Таким образом, назревшие проблемы и противоречия могут быть устранены в первую очередь путем увеличения количества должностей и ставок, а эффективность и рациональность использования медицинских кадров остается на втором месте.

Врач постепенно должен становиться дорогим ресурсом. Поэтому курс на повышение заработной платы врача неразрывно связан с мерами по повышению эффективности его труда.

Ссылки и примечания:

1. Статья подготовлена при поддержке гранта Республики Башкортостан молодым ученым и молодежным научным коллективам № 13 «Социально-экономический аспект питания детей и подростков в современной российской семье в условиях экономического реформирования (на примере Республики Башкортостан)».
2. Государственная и муниципальная системы здравоохранения Российской Федерации в 2013 г.: обеспеченность основными ресурсами, объемы и показатели деятельности, региональные особенности / В.О. Щепин, Т.И. Расторгуева, Л.П. Чичерин, Е.А. Тельнова, Т.Н. Проклова, О.В. Миргородская, О.Б. Карпова, О.В. Полозова, Е.В. Михальская // История науки и техники. 2014. № 11. С. 48–62.
3. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/doklad-o-sostoyanii-zdorovya-naseleniya-i-organizatsii-zdravoohraneniya-po-itogam-deyatelnosti-organov-ispolnitelnoy-vlasti-sub-ektov-rossiyskoy-federatsii-za-2014-god> (дата обращения: 27.07.2017).
4. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2016 : стат. сб. / Росстат. М., 2016. 1326 с.
5. Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. № 1. С. 143–167.
6. Регионы России ...
7. Здравоохранение в России. 2015 : стат. сб. / Росстат. М., 2015. 174 с.
8. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса : доклад Государственного университета Высшей школы экономики / А.Г. Вишневский, Я.И. Кузьминов, В.И. Шевский и др. М., 2006. 25 с.
9. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М., 2010. 592 с.
10. Щепин О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 5. С. 3–7.
11. Шейман И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. 2009. № 6. С. 7–19.
12. Payment by Results. How Can Payment Systems Help to Deliver Better Care? / J. Appleby, T. Harrison, L. Hawkins, A. Dixon. L., 2012. 56 p.
13. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Вологда, 2010. 408 с.
14. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса.

References:

- Appleby, J, Harrison, T, Hawkins, L & Dixon, A 2012, *Payment by Results. How Can Payment Systems Help to Deliver Better Care?*, London, 56 p.
- Healthcare in Russia in 2015* 2015, statistical compilation, Rosstat, 174 p., (in Russian).
- Regions of Russia. Social and economic indicators* 2016, statistical compilation, Posstat, Moscow, 1326 p., (in Russian).
- Shabunova, AA 2010, *Health of the Russian population: the status and dynamics*, Vologda, 408 p., (in Russian).
- Shchepin, OP 2013, 'Concerning public health services development in the Russian Federation', *Problemy sotsial'noy gi-giyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*, no. 5, pp. 3-7, (in Russian).
- Shchepin, VO, Rastorgueva, TI, Chicherin, LP, Telnova, EA, Proklova, TN, Mirgorodskaya, OV, Karpova, OB, Polozova, OV & Mikhalskaya, EV 2014, 'State and municipal healthcare systems of the Russian Federation in 2013: availability of basic resources, volumes and performance indicators, regional features' 2014, *Istoriya nauki i tekhniki*, no. 11, pp. 48-62, (in Russian).
- Sheiman, IM & Shevsky, VI 2015, 'Personnel policy in public health: a comparative analysis of Russian and international practice', *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya*, no. 1, pp. 143-167, (in Russian).
- Sheiman, IM & Shishkin, SV 2009, 'Russian healthcare: new challenges. Part 1', *Menedzher zdravookhraneniya*, no. 6, pp. 7-19, (in Russian).
- Ulumbekova, GE 2010, *Healthcare in Russia. That is what we should do. The scientific substantiation of the Strategy for the Healthcare Development of the Russian Federation until 2020*, Moscow, 592 p., (in Russian).
- Vishnevsky, AG, Kuzminov, Yal & Shevsky, VI (et al.) 2006, *Russian public health: how to overcome the crisis: the report of the State University of Higher School of Economics*, Moscow, 25 p., (in Russian).