

УДК 316.4

DOI: 10.31040/2222-8349-2019-0-3-74-80

**РОЛЬ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

© Р.М. Садыков, Ю.В. Мигунова

Рассматривается проблема кадрового обеспечения медицинских организаций в Российской Федерации. Актуальность заявленной темы прослеживается в русле проблем системы здравоохранения, обусловленных дефицитом высококвалифицированных специалистов в отечественной медицине. Цель исследования – выявление проблем в сфере кадрового обеспечения системы отечественного здравоохранения и анализ динамики численности специалистов с высшим и средним медицинским образованием. С помощью сравнительных и статистических методов была проанализирована динамика количественного состава врачей и среднего медицинского персонала в России в период 2008–2017 гг. Проведенное исследование и анализ статистических данных показали, что в России наблюдаются тенденции снижения численности персонала с высшим и средним медицинским образованием. Так, за последние десять лет их численность сократилась на 4,2%. Выявлено, что в Республике Башкортостан за исследуемый период количество врачей также сокращалось. В отношении обеспеченности медицинских кадров среднего звена в регионе наблюдались тенденции сокращения представленного показателя, несмотря на это, данный индикатор был более высокий по сравнению с общероссийским. Низкий уровень заработной платы врачей и других работников сферы здравоохранения является ключевым фактором недостатка профессионалов и высококвалифицированных специалистов. Приведенные факты свидетельствуют о необходимости изменить существующую форму регулирования и стимулирования деятельности медицинских кадров. Для повышения эффективности финансовых вложений и достижения лучшего качества оказываемой медицинской помощи необходим переход первичного звена здравоохранения на подушевой принцип финансирования отрасли, заключающийся в выделении материальных средств на каждого пролеченного больного. При таком подходе сотрудники лечебно-профилактического учреждения приобретают материальную заинтересованность в полном выздоровлении пациента, что повышает качество медицинского обслуживания. Также к мерам рациональной финансовой политики в системе здравоохранения относится эффективное развитие форм страховой медицины. Полученные результаты могут быть использованы в качестве научной основы в работе структур государственной власти в сфере здравоохранения федерального и регионального уровней.

Ключевые слова: кадровое обеспечение; медицинские организации; доступная медицина; обеспеченность населения врачами; финансирование здравоохранения; кадры с высшим и средним медицинским образованием.

Медицинские работники являются важным ресурсом современной российской системы здравоохранения, обуславливающим ее стабильное функционирование как общественной сферы в целом. В российской системе здравоохранения серьезной проблемой и негативной тенденцией являются недостаток и сокращение высококвалифицированных специалистов с медицинским образованием, отрицательно сказывающиеся на предоставлении доступной медицинской помощи населению, а также эффективности ее применения, широком внедрении

современных инновационных технологий в сфере здравоохранения, информационных систем в диагностике и лечении заболеваний и др. По мнению специалистов, приобретение медицинскими организациями высокотехнологичного оборудования зачастую слабо связано с ответственностью и результативностью оказания медицинской помощи. В данном случае ключевая проблема заключается в недостатке специалистов, способных освоить эту технику.

Основным фактором, детерминирующим нехватку кадровых ресурсов системы здраво-

САДЫКОВ Рамиль Мидхатович – к.социол.н., Институт социально-экономических исследований УФИЦ РАН, e-mail: sadikovrm@mail.ru
МИГУНОВА Юлия Владимировна – к.социол.н., Институт социально-экономических исследований УФИЦ РАН, e-mail: ignatenko_isei@mail.ru

охранения, является низкая мотивация и стимулирование трудовой деятельности. Иными словами, низкий уровень заработной платы не мотивируют персонал к качественному и результативному труду [1].

Определенные закономерности кадровой системы отечественного здравоохранения можно проследить, выделив основные факторы развития отрасли в стране:

- широкое распространение инновационных медицинских продуктов, в том числе на основе телемедицины и цифровых технологий; развитие электронного здравоохранения (в настоящее время в 65 субъектах Российской Федерации медицинские организации используют медицинские информационные системы, соответствующие методическим рекомендациям Минздрава России; 71.0% автоматизированных рабочих мест медицинских работников подключены к медицинским информационным системам);

- развитие персонифицированных медицинских услуг, осуществляющееся не массово, а узкопрофильно. Ключевыми сегментами в данной сфере являются материнство и детство, старшие возрастные группы;

- сохранение неблагоприятной эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, низкий уровень охвата населения медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию;

- недостаточная, в масштабах страны, динамика прироста трассовых пунктов скорой помощи вдоль автодорог (за 2008–2017 гг. прирост составил 38 пунктов и зафиксирован на уровне 64 ед. в 2017 г.);

- низкая динамика прироста врачей, работающих в сельской местности (среднегодовой прирост количества врачей составляет 1.5–2.0%).

Основными тенденциями развития здравоохранения в Республике Башкортостан являются:

- увеличение объемов оказываемой высокотехнологичной помощи. В период 2008–2017 гг. объем предоставляемых высокотехнологичных операций увеличился в 3.1 раза;

- рост числа пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь за 2008–2017 гг., прирост составил 2.5%;

- создание условий для трудоустройства медицинских кадров и закрепления их на местах в рамках реализации программы «Земский фельдшер»;

- сохранение структуры смертности населения от болезней системы кровообращения и

смертности от внешних причин (46.0% и 11.0% соответственно). Смертность от внешних причин в республике остается выше среднероссийского значения (145.0 чел. против 130 чел. на 1000 тыс. чел. населения);

- сохранение низкого уровня привлечения частных инвестиций. Доля внебюджетных источников в общем объеме финансовых ресурсов, предназначенных на реализацию Программы развития здравоохранения Республики Башкортостан, составляет в среднем 1.2% [2].

Целью данного исследования является выявление проблем в сфере кадрового обеспечения здравоохранения и анализ динамики численности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, работающих в этой области. С помощью сравнительных, экономико-статистических методов исследованы материалы государственной статистики, описывающие тенденции обеспеченности врачей и среднего медицинского персонала за период 2008–2017 гг. в Российской Федерации и Республике Башкортостан. На основе анализа данных официальной статистики исследован уровень заработной платы работников сферы здравоохранения.

Оценка кадрового обеспечения системы здравоохранения производилась на основе исследования динамики медицинского персонала в Российской Федерации в период 2008–2017 гг. Так, например, в России за период 2004–2011 гг. отмечался рост числа врачей, в свою очередь с 2012–2016 гг. показатель снижался, в 2017 г. регистрировалось небольшое увеличение количества врачей по сравнению с предыдущим годом на 2.4%. В целом за последние десять лет численность специалистов с высшим медицинским образованием снизилась на 4.2%, а именно, с 49.6 чел. на 10 тыс. населения в 2008 г. до 47.5 в 2017 г.

Сравнительный анализ представленной проблемы в разрезе российских регионов выявил следующие результаты. Наибольшая численность врачей в 2017 г. фиксировалась в г. Санкт-Петербурге (80.7 чел. на 10 тыс. населения), Чукотском автономном округе (74.8), Республике Северной Осетии – Алании (69.2). Наименьшая обеспеченность медицинскими кадрами с высшим образованием отмечалась в таких регионах, как Чеченская Республика (28 чел. на 10 тыс. населения), Курганская – Владимирская области (29.8 и 34.4 соответственно).

Обеспеченность населения врачами в Российской Федерации и Республике Башкортостан, на 10 тыс. населения

Территория	Годы						
	2008	2011	2013	2014	2015	2016	2017
Российская Федерация	49.6	51.2	48.9	48.5	45.9	46.4	47.5
Республика Башкортостан	41.7	43.1	41.9	42.7	40.2	41.0	42.1

Т а б л и ц а 2

Обеспеченность населения средним медицинским персоналом в Российской Федерации и Республике Башкортостан, на 10 тыс. населения

Территория	Годы						
	2008	2011	2013	2014	2015	2016	2017
Российская Федерация	106.5	107.0	105.7	104.3	105.8	104.8	103.8
Республика Башкортостан	111.7	110.7	109.5	108.4	112.2	109.4	108.5

В Республике Башкортостан за период 2008–2011 гг. показатель обеспеченности врачами имел стабильный возрастающий тренд, прирост по которому составлял 3.4%, с 2012–2017 гг. наблюдались нестабильные тенденции роста и падения показателя. Тем не менее, к 2017 г. количество врачей в Башкортостане выросло всего на 1.0%, при этом численность врачей в республике была ниже, чем по России в целом (табл. 1) [3].

Исследование медицинских кадров выявило характерные признаки, определяющие специфику работы в системе здравоохранения. Прежде всего это касается возрастания роли сервисного элемента медицинской помощи. Развитие данной составляющей обусловлено объективными процессами старения населения и повышением количества пациентов с хроническими и множественными заболеваниями, что влечет за собой необходимость постоянного медицинского контроля за состоянием здоровья таких пациентов. Тем самым повышается значение комплекса мер, направленных на сокращение рецидивов хронических заболеваний, а следовательно, и на снижение необходимости в стационарировании.

Представленные факты являются своего рода предпосылкой для возрастания роли медицинского персонала среднего звена, способных совмещать клиническую и сервисную работу при оказании медицинской помощи. В данном случае именно на них ложится основная нагрузка по работе с пациентами. В настоящее время в России не наблюдается расширение функций среднего медицинского персонала. По мнению

специалистов, большая вспомогательная работа по оказанию медицинской помощи ложится на высший медицинский персонал, при этом их доля в общей занятости в здравоохранении составляет 14.0%, что более чем в 2 раза превышает долю врачей в общей занятости в развитых странах. Недостаточное развитие вспомогательного медицинского персонала приводит к тому, что уровень оказания стационарной медицинской помощи более чем в 3 раза ниже, чем в западных странах, что указывает на снижение ее интенсивности и эффективности [4].

В России в период 2008–2017 гг. показатель обеспеченности медицинским персоналом среднего звена характеризовался нисходящим трендом, при этом наименьшее значение наблюдалось в 2017 г. – 103.8 чел. на 10 тыс. населения. Наибольшее значение показателя отмечалось в 2011 г. – 107.0 чел. на 10 тыс. населения.

Анализ динамики обеспеченности населения медицинскими кадрами среднего звена по российским регионам выявил, что наибольшее ее значение отмечалось в Магаданской области (165.2), Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (153.8) и Республике Тыве (149.8). Минимальное – в Чеченской Республике (75.2), Московской и Ленинградской областях – 76.5 и 77.3 соответственно [5].

В Республике Башкортостан с 2010 г., включая 2015 г., наблюдалось устойчивое снижение представленного показателя (в 2008 г. – 111.7 чел. на 10 тыс. населения, в 2017 г. – 108.5). Таким образом, в 2017 г. снижение показателя достигло 2.9% по сравнению с 2008 г. (табл. 2).

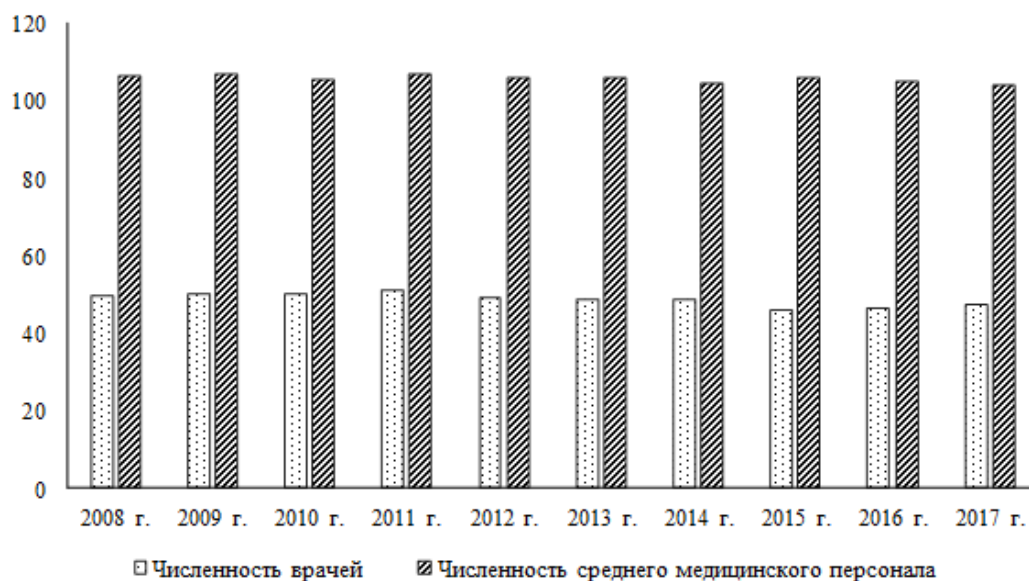


Рис. Численность работников, занятых в здравоохранении, на 10 тыс. чел. населения в Российской Федерации

Т а б л и ц а 3

Соотношение среднемесячной номинальной заработной платы по видам экономической деятельности в Российской Федерации, в здравоохранении и предоставлении социальных услуг

	Годы					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Среднемесячная зарплата по экономике в целом, руб.	26629	29792	32495	34030	36709	39167
Среднемесячная зарплата в здравоохранении и предоставлении социальных услуг, руб.	20641	24439	27068	28179	29742	31980

Таким образом, в современных условиях в Российской Федерации идет процесс сокращения медицинских кадров высшего и среднего звена, заключающийся в нисходящих трендах динамики обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом. Между тем серьезный кадровый дисбаланс отмечен в количественном составе специалистов с высшим и средним медицинским образованием [6]. Так, к примеру, в Российской Федерации в 2017 г. количество врачей было в 2.2 раза меньше, чем представителей среднего медицинского персонала (рис.).

Несмотря на существенное увеличение заработной платы медицинских работников в период 2012–2017 гг., ее уровень был в 1.2 раз ниже, чем по экономике в целом. Описываемые тенденции представлены в табл. 3.

Анализ данных официальной статистики свидетельствует о необходимости изменения

существующий в данный момент системы оплаты труда медицинских работников. Специалисты считают, что планирование фонда оплаты труда – неэффективная мера в деле регулирования заработной платы медицинских кадров. Важно ориентироваться на количество имеющихся ставок, непосредственно переходя к оплате физических лиц. Одним из методов эффективной мотивации медицинских работников является так называемый метод подушевого финансирования, учитывающий приписывающихся к данному врачу пациентов, а также дополнительные поощрения за достижения установленных показателей деятельности, например, за сокращение смертности на дому, снижения частоты вызовов «скорой помощи» и т.д.

Важно подойти к оплате труда на индивидуальной основе, при этом учитываются результаты клинической деятельности каждого

конкретного врача. Таким образом, складывается профессиональный авторитет в медицине, более высокая оплата труда указывает на накопленный профессиональный опыт и высокую квалификацию медицинских кадров. Относительно молодых специалистов, работающих в сфере здравоохранения, необходимо отметить, что материальное вознаграждение для них будет являться определенным стимулом в трудовой деятельности. Значение репутации в оценке деятельности врача обусловлено особенностями его взаимодействия с пациентом, важную роль здесь играют доверительные отношения. Поэтому размер заработной платы медицинских работников должен быть достаточным для того, чтобы врач не искал дополнительных подработок и совмещений, исполняя свои обязанности на основном месте работы [7].

Кардинальные изменения объема государственных вливаний в сферу здравоохранения влекут за собой переориентацию существующего механизма ее финансирования и ресурсообеспечения. Так, например, в современных условиях государственные затраты в отрасли не достигают даже 5.0% от валового национального продукта. По мнению экспертов, дополнительное финансирование в сфере первичной амбулаторно-поликлинической помощи должно быть как минимум в 3 раза выше расходов на диагностическое высокотехнологичное оборудование [8]. Специалисты читают, что для повышения оказываемой медицинской помощи необходим подушевой принцип финансирования отрасли, заключающийся в выделении финансовых средств на каждого обращающегося пациента. Это мотивирует медицинские организации к более эффективному и качественному оказанию помощи [9].

Важной мерой совершенствования финансовой политики в системе здравоохранения является более эффективное развитие страховой медицины. В современных условиях обязательное медицинское страхование выступает механизмом, устанавливающим закрепленные источники финансирования здравоохранения. Таким образом, медицинское страхование занимает независимое положение по отношению к бюджетной политике государства. Обязательным элементом системы медицинского страхования является включение посредников между врачом и пациентом, представляющих собой страховые фонды, заинтересованные в эффективности лечебного процесса [10].

Таким образом, проблема кадрового обеспечения медицинских организаций прежде всего связана с низкой мотивацией и оплатой труда в данной сфере. Статистические данные свидетельствуют о том, что заработная плата в организациях по экономике в целом в 1.2 раз выше, чем в здравоохранении и предоставлении социальных услуг. Соответственно, ее уровень детерминирует численность работников, занятых в отрасли. Вследствие этого за истекшие годы (2008–2017 гг.) количественный состав врачей и среднего медицинского персонала снижался.

По сравнению с общероссийскими показателями в Республике Башкортостан обеспеченность населения врачами возросла всего на 1.0%. В свою очередь, обеспеченность специалистами среднего медицинского персонала в период 2008–2017 гг. сокращалась. Так, например, в 2017 г. в России данный показатель снизился на 2.5% по сравнению с 2008 г. [11]. Примечательно, что в Республике Башкортостан обеспеченность населения средним медицинским персоналом была выше по сравнению с Россией в целом.

Сравнивая численность врачей и среднего медицинского персонала в Российской Федерации в период 2008–2017 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. Таким образом, постановка и научное осмысление проблемы кадрового обеспечения медицинских организаций указывают на определенные сдвиги, происходящие в оценке роли врача и высококвалифицированного среднего медицинского персонала. Именно от обеспеченности учреждений здравоохранения кадрами зависит доступность и качество оказания медицинской помощи населению.

Стратегическое управление системой здравоохранения тесно связано с обеспечением высокого кадрового потенциала отрасли. В настоящее время в российском здравоохранении накопилось много серьезных кадровых проблем, в ряду главных из них – низкий уровень планирования кадров, дефицит многих категорий работников, серьезные диспропорции в их составе, невысокий профессиональный уровень значительной части врачей. В Российской Фе-

дерации специалисты с высшим медицинским образованием являются относительно дешевым трудовым ресурсом, поэтому они выполняют множество несвойственных им вспомогательных и рутинных функций. Нерешенные проблемы оказания медицинской помощи решаются прежде всего путем увеличения числа рабочих мест, а вопросы рационального использования врачебных кадров остаются на втором плане. Врач постепенно должен стать дорогим ресурсом. Поэтому курс на повышение зарплаты врача необходимо сопровождать мерами по повышению эффективности его труда.

Данное исследование выполнено в рамках Государственного задания ИСЭИ УФИЦ РАН № 007-00256-18-01 на 2019 г.

Литература

1. Мигунова Ю.В. Проблемы и противоречия кадрового обеспечения медицинских организаций // Общество: социология, педагогика, психология. 2017. № 10. С. 47–51.
2. Кузнецова Ю.А. Социальная инфраструктура в рамках концепции конкурентоустойчивости территории // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 8–2. С. 333–337.
3. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2017: Статистический сборник. Росстат. М., 2017. 1402 с.
4. 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.
5. Здравоохранение в России. 2017: статистический сборник / Росстат. М., 2017. 170 с.
6. Мигунова Ю.В. Тенденции развития здравоохранения в городских округах Республики Башкортостан в контексте проблемы социализации экономики региона // Известия Уфимского научного центра РАН. 2018. № 2. С. 100–105. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_35034394_44687631.pdf
7. Вишневецкий А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад Государственного университета. М., 2006. 25 с.
8. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 592 с.
9. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408 с.
10. Шейман И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи // Менеджер здравоохранения. 2009. № 6. С. 7–19.
11. Гаврикова А.В. Демографические процессы Республики Башкортостан в контексте проблемы устойчивости территориальных образований // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1–2. С. 271.

References

1. Migunova Yu.V. Problems and contradictions of staffing in medical organizations. *Obshchestvo: sotsiologiya, pedagogika, psikhologiya*, 2017, no. 10, pp. 47–51.
2. Kuznetsova Yu.A. Social infrastructure in terms of the concept of competitiveness of the territory. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy*, 2017, no. 8–2, pp. 333–337.
3. Regions of Russia. Socio-economic indicators. 2017: *Statisticheskii ezhegodnik*. Moscow, Rosstat, 2017. 1402 p.
4. Sheiman I.M., Shevsky V.I. Personnel policy in healthcare: A comparative analysis of Russian and international practice. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipalnogo upravleniy*. 2015, no. 1, pp. 143–167.
5. Healthcare in Russia. 2017: *Statisticheskii ezhegodnik*. Moscow, Rosstat, 2017. 170 p.
6. Migunova Yu.V. Healthcare development trends in urban areas of the Republic of Bashkortostan in the context of socialization of the regional economy. *Izvestiya Ufimskogo nauchnogo sentra RAN*, 2018, no. 2. pp. 100–105. Available at: https://elibrary.ru/download/elibrary_35034394_44687631.pdf
7. Vishnevsky A.G., Kuzminov Ya.I., Shevsky V.I., Sheiman I.M., Shishkin S.V., Yakobson L.I., Yasin E.G. Russian healthcare: How to overcome the crisis. *Doklad gosudarstvennogo universiteta*. Moscow, 2006. 25 p.
8. Ulumbekova G.E. Healthcare in Russia. What to do. *Nauchnoe obosnovanie «Strategii razvitiya zdravookhraneniya RF do 2020 goda»*. Moscow, GJeOTAR-Media, 2010. 592 p.
9. Shabunova A.A. Health of the population in Russia: Current state and dynamics. *Vologda: ISJeRT RAN*, 2010. 408 p.
10. Sheiman I.M., Shishkin S.V. Russian healthcare: New challenges and new problems. *Menedzher zdravookhraneniya*, 2009, no 6, pp. 7–19.
11. Gavrikova A.V. Demographic processes of the Republic of Bashkortostan in the context of the problem of the stability of territorial entities. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*, 2015, no. 1–2, p. 271.



**THE ROLE OF STAFFING IN MEDICAL ORGANIZATIONS
IN THE CONTEXT OF RUSSIAN HEALTHCARE PROBLEMS**

© R.M. Sadykov, Yu.V. Migunova

Institute of Social and Economic Researches – Subdivision of the Ufa Federal Research Center
of the Russian Academy of Sciences,
71, prospekt Oktyabrya, 450054, Ufa, Russian Federation

The article deals with the problem of staffing in medical organizations of the Russian Federation. The relevance of the stated theme can be traced in line with the problems of the healthcare system caused by a shortage of highly qualified specialists in our medicine. The aim of the study is to identify problems in the field of staffing in the Russian healthcare system and analyze the dynamics of the number of specialists with higher and secondary medical education. Using comparative and statistical methods, we analyzed the dynamics of the quantitative composition of doctors and nurses in Russia over the period 2008–2017. The research and analysis of statistical data showed that in Russia there are tendencies towards the reduction of the number of personnel with higher and secondary medical education. Thus, over the past ten years, their number has decreased by 4.2%. It was revealed that in the Republic of Bashkortostan during the period under investigation, the number of doctors also decreased. Regarding the provision of mid-level medical personnel in the region, there was a tendency towards the reduction of this indicator; nevertheless, it was higher compared to the national one. The low level of wages of doctors and other healthcare workers is a key factor in the lack of professionals and highly qualified specialists. These facts indicate the need to change the existing form of regulation and stimulation of medical personnel. To improve the efficiency of financial investments and achieve the best quality of medical care, it is necessary to transfer the primary healthcare to the per capita principle of financing the industry that implies the allocation of material resources for each patient treated. With this approach, staff members of the medical and preventive treatment facility acquire a material interest in the patient's complete recovery, which improves the quality of medical care. The effective development of the types of insurance medicine also refers to the measures of sound financial policy in the healthcare system. The results obtained can be used as a scientific basis in the work of government bodies in the field of healthcare at the federal and regional levels.

Key words: staffing; medical organizations; affordable medicine; provision of the population with doctors; healthcare financing; personnel with higher and secondary medical education.