



К.А. Егiazарян¹, Л.Ж. Аттaева²

КАДРОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета
Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. E-mail: egkar@mail.ru

²Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, отделение мониторинга и стратегического планирования регионального здравоохранения
Россия, 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11.

В любой отрасли современной экономики важнейшим фактором производства является труд. В последние десятилетия труд в сфере здравоохранения все больше специализируется. В медицинских учреждениях заметно возрастает роль лаборантов, техников, технологов, инженеров, экономистов, менеджеров и финансистов. Особенности труда в здравоохранении связаны со спецификой производимого «продукта». Так, несмотря на бурное развитие новых технологий в медицине, замена труда капиталом здесь возможна лишь в ограниченных пределах. Это классический пример отрасли, где труд, т.е. «человеческий капитал», и капитал материально-технический выступают скорее комплементами, чем субститутами. Именно поэтому важнейшей стратегической составляющей развития здравоохранения является оптимизация управления кадровыми ресурсами.

Ключевые слова: рынок труда в здравоохранении, аллокационная эффективность здравоохранения, оптимизация управления кадровыми ресурсами.

К.А. Egiazaryan¹, L.Zh. Attayeva²

STAFFING CHALLENGES IN HEALTH CARE (SOCIAL AND ECONOMIC ASPECTS)

¹Pirogov Russian National Research Medical University,
Department of Traumatology, Orthopedics and Battle-Field Surgery
1 Ostrovitianov str., Moscow, 117997, Russia. E-mail: egkar@mail.ru

²Central Research Institute of Public Health, office of monitoring and strategic planning
of regional health care
11 Dobrolyubova st., Moscow, 127254, Russia.

In any branch of modern economy the most important factor of production is work. In the last decades work specializes in the health care sphere more and more. The role of laboratory assistants, technicians, technologists, engineers, economists, managers and financiers considerably increases in medical institutions. Features of work in health care are connected with specifics of made «product». So, despite rapid development of new technologies in medicine, replacement of work with the capital here is possible only in limited limits. It is a classical example of branch where work, i.e. «the human capital» and the capital material act rather as complements, than substitutes. For this reason the most important strategic component of development of health care is optimization of management by personnel resources.

Key words: labor market in health care, allocation efficiency of health care, optimization of management by personnel resources.



Современные тенденции занятости в здравоохранении являются подтверждением все большей популярности медицинских профессий в развитых странах мира. Такую динамику теоретически можно объяснить ростом спроса на труд или его предложения. Часто увеличение занятости в здравоохранении связывают с проблемой старения населения. Изменение демографической структуры действительно требует увеличения численности врачей и медицинских сестер, т.к. пожилым людям объективно нужна более интенсивная медицинская помощь. Другими факторами, влияющими на увеличение числа занятых в здравоохранении, являются растущие потребности пациентов, усложнение медицинских услуг, требующих дополнительных трудовых ресурсов.

С другой стороны, встает вопрос о том, насколько экстенсивный рост трудовых ресурсов в здравоохранении способствует повышению эффективности этой отрасли. По данным World Development Indicators [1] темпы роста численности врачей в 20 рассмотренных странах (в том числе в России) опережают темпы роста продолжительности жизни. В России даже в начале 1990-х гг., когда занятость в стране в целом сокращалась, относительная численность врачей почти не изменилась, а вскоре превысила достигнутый при социализме уровень и продолжает неуклонно расти. Вместе с тем динамика продолжительности жизни в нашей стране не позволяет нам говорить о растущих результатах труда в отрасли здравоохранения.

Обеспокоенные постоянным увеличением занятости в здравоохранении, многие развитые страны целенаправленно проводили политику сдерживания расходов. Так, Канада и Великобритания отреагировала на избыток врачей ограничением иммиграции медицинского персонала, Дания сократила длительность рабочего дня, Египет и Франция ограничили прием в медицинские учебные заведения, Германия и Мексика сократили образование. Это привело к сокращению темпов роста численности врачей, хотя и не позволило в целом переломить тенденцию ее увеличения.

Для российского здравоохранения кроме экстенсивного роста трудовых ресурсов в целом характерна и неэффективная их структура. Тогда как во всех развитых странах мира труд врачей замещается работниками более низкой квалификации, Россия идет по обратному пути. Так доля врачей в общей численности занятых в здравоохранении в США в 2004 г. составляла 6,30%, в 2010 г. - 6,17%. В России этот показатель в 2004 г. - 18,78%, в 2010 г. - 19,01%. Таким образом, самый дорогой ресурс используется малоэффективно и не по назначению.

Об этом свидетельствует и тот факт, что наряду с увеличением числа врачей проблемой большинства систем здравоохранения в мире является нехватка среднего медицинского персонала. И это независимо от моделей здравоохранения. Если по относительной численности врачей Россия стоит на одном из первых мест в мире, то пропорция «число медсестер/число врачей» в нашей стране значительно ниже, чем в большинстве развитых стран и составляет 1,5/1.

Рынок труда медсестер имеет свои отличия от рынка труда врачей. Во-первых, это более массовая профессия, не требующая такого дорогого и продолжительного обучения. Оплата труда невысока, как и отдача от инвестиций в обучение. В результате для медицинской сестры часто оказывается экономически оправданным переход

в другую сферу деятельности, где она может также использовать свои навыки, например стать няней, сиделкой. Поэтому для обеспечения системы здравоохранения медицинскими сестрами очень важно не только обучать и привлекать новых работников, но и создавать условия для стабильной занятости тех, кто уже трудится.

Стимулировать предложения труда медсестер можно путем увеличением числа рабочих мест и выпуска из медицинских колледжей. Проблема низкой заработной платы и как следствие низкой занятости среднего медицинского персонала может рассматриваться как результат монополистического рынка труда. Так очень часто труд медсестер покупает единственная больница или амбулатория в городе или поселке. Это так называемая локальная монополия – единственный производитель медицинских услуг, он же единственный покупатель труда медицинских работников. В последствии монополист устанавливает как цену труда, так и уровень занятости ниже, чем в случае с совершенной конкуренцией. Эта проблема иногда может успешно решаться государством с помощью увеличения законодательно установленной минимальной заработной платы. Если же, как это чаще всего бывает в секторе здравоохранения, государство само выступает работодателем в лице региональных или местных органов власти, оно может ограничиться повышением гарантированного минимума оплаты в данной конкретной сфере деятельности.

Во всем мире сохраняется тенденция усиления специализации и сокращение доли врачей общей практики. Так, в США с 1960 г. по 2010 г. доля врачей общей практики снизилась с 50 до 34% [2]. В странах ОЭСР в целом число врачейросло за последние 15 лет в среднем на 35%, но при этом прирост числа специалистов составил 50%, а врачей общей практики – лишь 20% [3].

В России же с 2004 г. по 2010 г. весь наблюдавшийся прирост численности врачей происходил за счет специалистов. Численность врачей общей практики тоже росла довольно быстрыми темпами. Однако они недостаточны для обеспечения существенных изменений в организации первичной медицинской помощи. На 1 января 2010 г. общее число работающих врачей общей практики достигло 6,5 тыс. человек, в то время как численность участковых терапевтов составила 39,4 тыс., участковых педиатров – 27,8 тыс. человек [4]. С 2005 г. по 2010 г. по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» прошли подготовку в клинической ординатуре и на различных циклах повышения квалификации около 7 тыс. врачей. Но около 3 тыс. из них оказались не востребованы и продолжают работать в режиме участкового врача.

Реформирование первичной медицинской помощи имеет большие различия в региональном разрезе. В части субъектов (Татарстан, Республика Карелия, Саха, Чувашия; Хабаровский край, Московская, Ленинградская, Калужская, Белгородская, Воронежская, Самарская, Свердловская, Тверская, Тульская, Омская области, г. Санкт-Петербург) активно реализуют целевые программы развития общей врачебной практики. В то же время в 60% субъектов РФ врачей общей практики – единицы или их нет вообще. Обеспеченность такими врачами составляет 0,28 на 10 тыс. населения. Для сравнения: в европейских странах число врачей общей практики на 10 тыс. жителей в 2012 г. достигло в среднем 8.

Рост специализации врачей объясняется, с одной стороны, усложнением самой медицинской науки, появ-



лением новых методов лечения и т.д., с другой стороны, оплата труда врачей специалистов выше, чем врачей общей практики. Это обуславливает повышение спроса на «узкие» специальности и, как следствие, растет выпуск врачей-специалистов. Во многих странах мира пытаются сдерживать процесс специализации, т.к. он ведет к снижению аллокационной эффективности: использование врачей общей практики менее затратно (и с точки зрения образования, и с точки зрения заработной платы), а эффективность их деятельности выше.

Другая особенность занятости врачей – высокая географическая неравномерность распределения по территориям. Так в России в 2010 г. при средней численности 49,4 врача на 10 тыс. населения регионы, наиболее обеспеченные медицинскими кадрами, опережали средний уровень почти вдвое: Санкт-Петербург (83,5), Чукотский автономный округ (81,6) и Москва (78,6). Но если Владимирская (34,4), Тульская (35,0) или Псковская (34,4) области могут частично компенсировать нехватку врачей за счет близости Москвы и Санкт-Петербурга, то население многих других регионов – например Курганской области (27,7), Ульяновской области (36,4), Республики Ингушетии (23,4), Карачаево-Черкесской Республики (36,4) – лишены такой возможности. Географическая неравномерность распределения медицинских кадров по территории России за последние годы продолжает усиливаться.

Проблема географической дифференциации актуальна и для рынка труда медицинских сестер. В России

в 2010 г. на 10 тыс. человек населения приходилось в среднем 108,6 человек среднего медицинского персонала. При этом наблюдались значительные различия названного показателя по регионам: в Калининградской области – 84,4, в Ленинградской области – 73,1, в Москве – 99,3. В то же время в ряде регионов показатель значительно превышал среднюю величину: в Архангельской области – 139,8, в Калмыкии – 132,5, в Республики Тыва – 136,6, в Эвенкийском автономном округе – 159,6. Таким образом, обеспеченность медсестрами выше в тех регионах, где их заработная плата мало отличается от среднего уровня и ниже там, где больше альтернативных возможностей занятости.

Для изменения ситуации кадровая политика в здравоохранении нашей страны должна быть направлена на оптимизацию:

- Прогнозирования потребности в кадрах конкретных специальностей, планирования их подготовки и переподготовки;
- Научно обоснованной системы набора кадров в медицинские ВУЗы;
- Формирования целевых заказов на подготовку специалистов с заключением договоров между абитуриентами и учебными заведениями;
- Обеспечения взаимодействия с другими ведомствами, организациями и учреждениями по вопросам труда и кадров;
- Совершенствования системы оплаты труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.worldbank.org/> - Дата обращения: 25.09.2012.
2. Улугбекова Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России //Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» -2012. - №5.
3. OECD, Health Data, 2007. Режим доступа: <http://www.oecd.org/statisticsdata>. - Дата обращения: 21.01.2009.
4. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Леонов С.А. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития //Электронный научный журнал «Социальные аспекты здравоохранения», -2010, № 1.

ПОСТУПИЛА 26.03.2013