

КАДРОВЫЙ ДЕФИЦИТ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ РЕШЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН)

Хисамова Рената Ильдусовна

ординатор кафедры дерматовенерологии, ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент, ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, РФ, г. Уфа

Аннотация. В данной статье будет рассмотрен кадровый дефицит специалистов здравоохранения. Целесообразно рассмотреть причины возникновения и найти пути решения к выходу проблемы.

Для того чтобы перейти к выбранной тематике исследования и оценке кадрового дефицита в Республике Башкортостан, необходимо дать общую оценку медицинских кадров в России.

В российском здравоохранении традиционно существует дефицит медицинских кадров (особенно в сельских территориях), на что обращается внимание многих ученых и практиков в работах и докладах.

По данным Минздрава Российской Федерации, которые приводит в своей работе Титова Е.Я., 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., 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. 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 [1]. Но какова реальная картина на сегодняшний день, по мнению Л.М. Рошаля, 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 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 [12].

Аналогичная ситуация вытекает и в Башкирии, здесь остро стоит проблема кадрового голода в медицине», - отметил глава республики Радий Хабиров на оперативном совещании правительства в ЦУРе.

Особенно ярко дефицит прослеживается в городе Стерлитамак, Стерлитамакском районе. Здесь врачи в прямом смысле бегут из поликлиник [2].

«В округе вообще кадровый дефицит, так в Стерлитамаке укомплектованность кадрами в системе здравоохранения составляет 57%. При равном уровне зарплаты в Салавате городская администрация предоставляет молодым специалистам служебное жилье, в Стерлитамаке таких возможностей меньше. Кроме того, молодым специалистам важны перспективы профессионального роста – когда-то на базе ГБ№1 существовала кафедра БГМУ, это была серьезная школа, к сожалению, потерянная», — отметил Азат Курбангалеев, депутат Государственного Собрания – Курултая Республики Башкортостан VI созыва.

Особая нехватка состоит в неврологах, кардиологах, окулистах. Граждане вынуждены обращаться в частные медицинские учреждения за баснословные суммы, что естественно является наиболее острой проблемой всех, в том числе родителей детей с ограниченными возможностями, поскольку им необходимы более частые пребывания у специалистов. Многие вынуждены ездить к специалистам в другие близлежащие города, что приводит к ряду других проблем. По какой причине прослеживается отрицательная динамика специалистов?

Дефицит кадров связан с тем, что территория Стерлитамакского района постепенно расширяется, население и количество обращающихся в районную поликлинику увеличивается. По приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» на терапевтическом участке сельской местности рекомендуемая численность прикрепленного населения в соответствии с нормативным штатом медицинского персонала должна составлять 1400 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше, в Стерлитамакском же районе цифра доходила до 2500 человек. В 2024 году мы приняли решение добавить новые участки в терапевтическое звено. На декабрь 2023 года было 19 участков, на сегодняшний день – 23, соответственно, появились свободные вакантные места, и возросла необходимость привлечения новых кадров.

Но это не все, с чем сталкиваются медики в Стерлитамаке. Также есть проблемы, например, у работников санитарного автотранспорта. По словам Азата Курбангалеева, водители, принятые на работу с 2014 года, не получали доплат за вредность. Но после переговоров «доплаты за работу во вредных условиях стали получать все водители».

А в прошлом году, в сентябре-ноябре, фельдшеры СМП Стерлитамака и водители санитарного автотранспорта писали обращения о том, что пациентов с подтвержденным диагнозом, которых они перевозят ковид-госпитали Стерлитамака и Уфы, нет в федеральном регистре ковид-больных. А из-за этого нет и доплат.

«Ситуация усугублялась тем, что доступа к системе РМИАЦ эти организации не имели. Горком написал обращение в Минздрав республики, оперативно был разработан порядок предоставления информации из федерального регистра. Вопросов с ковидными доплатами ни от сотрудников скорой помощи, ни от санитарного автотранспорта сейчас не поступает», — рассказал Азат Курбангалеев [9].

Если же говорить о доплатах в стационарах, то, по словам депутата, в Городской больнице №2 Стерлитамака работа налажена «с переменным успехом», а вот в ГКБ №1 работа с регистром ковидных пациентов все еще не налажена. «Например, поступает экстренно с инфарктом больной, Covid-19 у него идет сопутствующим заболеванием. Пациенту делают операцию, затем перевозят в госпиталь. За время пребывания в больнице ковидного пациента от нескольких часов до нескольких суток сотрудники доплат не получают. А если нет ковидных пациентов, то и доказать факт инфицирования на рабочем месте медики не могут – хотя

болеют повсеместно. Я лично встречался со специалистами охраны труда больницы, главным эпидемиологом, главным врачом, но понимания мы не находим. Чтобы профсоюз «зашел» с проверкой в больницу у нас должно быть официальное обращение от членов профсоюза. Пока таких обращений не было», — отметил депутат [3].

Таким образом, на основании вышеизложенного, можно сделать вывод об отрицательном приросте врачей в здравоохранении, как в России, так и в РБ.

Какие же способы решения проблем можно привести?

1. Сейчас проблема активно решается. Помимо федеральных мер поддержки, существуют региональные программы. Чтобы выпускникам медицинских вузов и колледжей хотелось возвращаться на родину, а опытным врачам – оставаться работать на местах, создаются комфортные условия, укрепляется материально-техническая база: ремонтируются существующие поликлиники, закупается современное оборудование, возводятся современные модульные ФАПы, медработников обеспечивают жильём, их детям предоставляют места в детсадах и школах, специалистов стимулируют выплатами. В населённых пунктах до 50 тысяч человек врачам приходит выплата в размере 50 тысяч рублей.
2. В 2024 году в России продолжает работать программа «Земский фельдшер», в рамках которой врачи получают 500 тысяч за трудоустройство на селе. Врач, заключивший договор на выплату, должен будет отработать по выбранной должности непрерывно в течение пяти лет с момента заключения договора.
3. В Республике Башкортостан, главврачи городских клинических больниц активно привлекают студентов для работы в поликлиниках: выезжают в медвузы и колледжи с лекциями, проводят экскурсии по больницам, показывая работу специалистов и оборудования. Студенты видят, как развивается медицина, к чему она стремится, и кто-то уже на первых курсах утверждает в желании работать по выбранной специализации.

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 (Рис.1)

Способы решения проблемы дефицита кадров



Рисунок 1. Статистика распределения ресурсов для решения проблемы дефицита кадров

Такой статус имеет ряд преимуществ:

- обеспечивает широкую самостоятельность врача в решении медицинских, организационных и экономических задач;
- обуславливает единоличную ответственность - за результаты врачебной практики отвечают сами врачи, а не организация.

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.

4. 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 [4].
5. 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

Также Рауль Халфин, председатель профсоюза работников здравоохранения РБ отметил, что, на данный момент уже принимаются меры и планируются дальнейшие меры для его решения.

Одно из таких ярких, важных решений – открытие дополнительных филиалов медицинских колледжей в регионах нашей республики.

Открыто 4 филиала, из которых уже в следующем году будет выпуск дополнительных средних медицинских работников.

Они в основном останутся вот в этих районах, в этих округах.

Смысл в чем? Наша молодежь уезжает в другие регионы учиться и, соответственно, многие там и остаются работать.

Вот, понимая эту ситуацию, еще два года назад был «Здравчас», на котором проблему проанализировали и приняли решение открыть четыре колледжа. Это новые помещения с ремонтом, внутри учебные классы, симуляционные кабинеты. Я сам их все объехал, реально

отличные условия. В 2025 году ожидается первый выпуск из этих колледжей. И наши больницы получают новые кадры [5].

Кроме того, благодаря новой программе «Врачи для малых МО», к нам переезжают медработники из других регионов. Например, на работу в ГБУЗ РБ Калтасинская ЦРБ переехала семья врачей Астапенковых из Крыма. Глава семьи Александр Владимирович и его супруга Дарья Андреевна работают участковыми врачами-терапевтами.

Еще на родину вернулась семья Муллагалиевых: глава семейства Роберт Ильдусович – дерматовенеролог, а его жена Светлана Равиловна — врач ультразвуковой диагностики [8].

В Башкирии младший персонал может рассчитывать на надбавки к заработной плате – в 2023 году Глава республики Радий Хабиров утвердил дополнительные выплаты из регионального бюджета отдельным категориям медработников.

К примеру, медсестры по приему вызовов психиатрической бригады «скорой помощи» и младший медперсонал ежемесячно получают по 4500 рублей, специалисты со средним профильным образованием, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь, или ведущие диспансерное наблюдение жителей — по 6500 рублей, фельдшеры и медсестры спецпсихбригад — по 7000 рублей, врачи таких подразделений — по 11 500 рублей, водители «скорых» — по 12 000, а участковые врачи — по 14 500 рублей.

По информации Министерства здравоохранения Башкирии, на сегодняшний день в медорганизациях региона работают 75 832 человека.

В том числе более 15000 врачей и более 37000 средних медицинских работников.

В этом году ожидается выпуск 1901 специалиста со средним медицинским образованием. А в 2025-2026 годах будет «двойной выпуск» специалистов среднего медицинского звена по причине введения новых Федеральных образовательных стандартов (ФГОС) среднего профессионального образования для среднего медицинского звена (сократился срок обучения, увеличен бюджет приема). В общей сложности выпустятся 5943 специалиста.

По состоянию на сегодняшний день уже заключено 1518 договоров о намерении выпускников медицинских колледжей трудоустроиться в медицинскую организацию в текущем году.

Итак, подходя к итогу размышлений текущего вопроса, необходимо сказать, что 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. Методика планирования кадров для сельской местности должна устанавливать сближение этих показателей как минимум до двукратного уровня [11];

- 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.

Список литературы:

1. Адам Кей. Будет больно: история врача, ушедшего из профессии на пике карьеры. 250 381 ISBN: 978-5-04-105299-7. Год издания: 2021. Издательство: Эксмо, Бомбора Язык: Русский.
2. Наджафова М.Н. Трудовые ресурсы как фактор повышения эффективности функционирования отрасли здравоохранения // Научный альманах Центрального Черноземья. 2022. № 2. С. 146-148.
3. 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. 2021. Т. 7. № 3. С. 66-72.
4. Титова Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения // Анализ риска здоровью. 2022. № 1. С. 125-131.
5. Ошкордина А.А. Оценка использования трудовых ресурсов в медицинских учреждениях // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. 2021. № 27-2. С. 104-108.
6. Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2023. № 2. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.m/article/n/effektivnyy-kontrakt-v-zdravooxranenii> (дата обращения: 13.10.2018 г.)
7. Рошаль Л.М. Дефицит медицинских кадров - это общероссийская проблема [Электронный ресурс] // MEDRUSSIA. URL: <https://medrussia.org/7549-deficit-medicinskikh-kadrov/> (дата обращения: 07.09.2024 г.)
8. 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-zdravooxranenii-sravnitelnyy-analiz-rossiyskoy-mezhdunarodnoypraktiki> (дата обращения: 07.09.2024 г.)
9. 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: 06.09.2024 г.)
10. Головина Н.А. Информационно-аналитическое обеспечение реализации государственной политики в сфере здравоохранения. В сборнике: Институты и механизмы инновационного развития: мировой опыт и российская практика. Сборник научных статей 7-й Международной научно-практической конференции.- 2023. - С. 285-289.
11. Шибалков Иван Петрович. "Оценка эффективности организации системы здравоохранения: зарубежный опыт" // Вестник науки Сибири. - № 1 (20).- 2016.- С. 6676.
12. Официальный сайт Росстата России: Режим доступа // <http://www.gks.ru/>.