

УДК 610.2 (С) 15 + 610.2 (С) 12

А.Н. Заднепровская, Н.А. Капитоненко

Оценка и научное обоснование путей развития кадрового потенциала здравоохранения региона

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Контактная информация: Н.А. Капитоненко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru.

Резюме

С целью оценки кадровой политики и кадровых процессов, а так же научного обоснования путей развития сбалансированной системы здравоохранения Дальневосточного региона произведен анализ 200 анкет врачей различных специальностей. Результаты данной работы, полученные в ходе эмпирического исследования, могут лечь в основу концепции дальнейшего развития кадровой политики региона, в разработку целевых программ подготовки кадров и развития персонала для лечебных учреждений всех уровней.

Ключевые слова: кадровый потенциал, медико-социальная экономическая политика, лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), ресурсы системы здравоохранения, оплата труда, профессиональные навыки, занятость, демографические параметры.

A.N. Zadneprovskaya, N.A. Kapitonenko

Assessment and scientific substantiation of the ways of development of human resources in healthcare in the region

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

For the purpose of comprehensive assessment of human resource policy and personnel processes, as well as to the scientific substantiation of ways of development of a balanced health care system of the Far Eastern region, the results of the survey of 50 doctors were analyzed. The results obtained in the course of empirical studies may form the basis of the concept of further development of the region's human resource policy and the corresponding target programs, including training program and staff development at the municipal and regional levels.

Key words: human resources, quality of medical care, medico-social economic policy, health care institution, healthcare system resources, profitability, professional skills, employment, demographic parameters.

Введение

Эффективное функционирование и перспективное развитие здравоохранения, которые обеспечивают во всех странах мира в первую очередь кадровые ресурсы, в значимой степени определяются мерами, принимаемыми по сохранению и воспроизведению кадрового потенциала, повышению профессионального уровня, оптимизации его численности и состава [9]. Академик М.И. Давыдов сказал: «Здравоохранение находится в ужасающем состоянии. Перспективы современного состояния медицины и ожидаемых результатов, проводимых в ней реформ печальны» [3].

По данным РОССТАТА Хабаровского края в 2015 году произошло снижение обеспеченности населения врачебными кадрами по сравнению с 2014 годом и составило 53,5 на 10 тыс. населения. В муниципальных учреждениях здравоохранения в 2016 году произошло снижение заработной платы по сравнению с 2015 годом (средний заработок врача составил 28.165 рублей), что явилось одной из причин массового оттока квалифицированных кадров в структуры с более высокой заработной платой и в первую очередь – в частные клиники.

Основная проблема здравоохранения связана с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого

профиля и с чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных городах, особенно где расположены высшие медицинские образовательные учреждения [1, 5].

Цель исследования

Цель данной работы – поиск причин кадрового дисбаланса Дальневосточного региона на данных, полученных путем анкетирования врачей различных специальностей лечебно-профилактических учреждений Хабаровского края.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие врачи лечебно-профилактических учреждений различных уровней Хабаровского края. Все участники выразили добровольное информированное согласие на участие в проводимом исследовании. В группу (n=200) вошло 23±2,9% мужчин и 77±2,9% женщин. Средний возраст респондентов составил 44,1±5,0 года.

Обсуждение результатов

72±3,1% опрошенных, обучались на лечебном факультете, 26±3,1% на педиатрическом факультете и 2±0,8% – на стоматологическом факультете. Следует отметить, что только 20±2,8% из опрошенных обучались в клинической ординатуре, 5±1,5% обучались в аспирантуре и имеют степень кандидата медицинских наук. 6,5±1,7% из опрошенных имеют вторую квалификационную категорию, 11,5±2,2%, первую и 27,5±3,1% - высшую квалификационную категорию. 54,5±2,2% (ре-

спондентов квалификационную категорию не подтверждали, так как не видят в наличии квалификационной категории смысла по двум причинам. Одной из причин являются постоянные разговоры о введении в ближайшем будущем системы аккредитации, суть которой исключает такое понятие, как категория. Второй причиной – небольшие деньги, которые заложены в оплату наличия степени категории в настоящее время.

Обращает на себя внимание, что более половины опрошенных $75,5 \pm 3,0\%$ выбрала ту специальность, которая им нравилась, $5,5 \pm 1,5\%$ отмечает, что не имели иных вариантов, $5,5 \pm 1,5\%$ выбрали высокооплачиваемую специальность, $13,5 \pm 2,6\%$ затруднились ответить, либо указали иные причины. Специфика труда медицинских работников заключается в повышенной интенсивности использования их интеллектуальных способностей, необходимости работы в сложных, а зачастую и экстремальных условиях, требующих быстрого принятия решений, высокой ответственности за жизнь и здоровье пациента [2]. Четверть опрошенных респондентов ($24,5 \pm 3,0\%$) не относятся к числу готовых на экстремальную, с полной отдачей трудовую деятельность. Их можно отнести к «случайным людям в медицине», которые не совершенствуют свои профессиональные

навыки и знания из года в год, а продолжают «себя искать».

В этом аспекте особый интерес представляла группа из 60 опрошенных респондентов ($30 \pm 5,9\%$), которые за свою практическую деятельность меняли специальность несколько раз. Из них ($n=60$) $11,7 \pm 3,8\%$ меняли специальность 3 раза, а $20 \pm 5,0\%$ меняли специальность дважды. Стоит отметить, что $18,3 \pm 4,8\%$ человек меняли специальность, которую выбрали из-за отсутствия иных вариантов, либо по причине более высокой оплаты труда. $50 \pm 6,4\%$ меняли специальность по одному разу.

$39,5 \pm 3,4\%$ из опрошенных работают в поликлинике, $30 \pm 3,2\%$ в стационаре, $10 \pm 2,1\%$ на станциях скорой медицинской помощи, $8 \pm 1,8\%$ трудятся в специализированных диспансерах и $12,5 \pm 2,3\%$ представляют другие ЛПУ.

При оценке качества подготовки студентов в медицинских ВУЗах, $50,5 \pm 3,5\%$ из опрошенных врачей, оценили подготовку в ВУЗах, как хорошую. Остальная часть респондентов $49,5 \pm 3,5\%$ на вопрос о качестве подготовки в университетах ответила отрицательно. Чуть менее половины опрошенных $41 \pm 3,4\%$ считает, что замена годичной интернатуры на более длительный срок, не поможет качественно улучшить подготовку медицинских кадров. $24 \pm 3,1\%$ полагают, что эта мера может помочь только частично. $33,5 \pm 3,3\%$ респондентов считают, что причина низкой подготовленности кадров в медицинском универси-

тете, является случайное, неосознанное обучение в нем. 27±3,1% из опрошенных врачей считают, одной из основных причин плохой подготовки студентов медицинских ВУЗов в первую очередь является незаинтересованность преподавательского состава, утрата лучших традиций высшей медицинской школы в рамках затянувшихся реформ, как в системе здравоохранения, так и в других отраслях народного хозяйства в целом, отсутствие собственных клинических баз университетов. 20±2,8 % из числа принимавших участие в исследовании считают, что одной из причин является низкая школьная база.

Следует обратить особое внимание, что не всех врачей, участвовавших в исследовании, устраивает действующая система повышения квалификации. Так, 9,5±3,0% считают, что наиболее эффективное повышение квалификации возможно только на рабочем месте. 5±1,5% из опрошенных хотели бы обучаться в небольших группах. 5,5±1,5% считают достаточным проведение только лекционного курса. Большая часть опрошенных, а это 62,5±3,3%, выразила желание совместить лекционный курс с расширенным практическим блоком. 17,5±2,6% участвовавших в исследовании врачей, посчитали необходимым совместить лекционный курс с расширенным

практическим блоком при проведении обучения в небольших группах.

Только 32±3,1% из опрошенных за время своей трудовой карьеры имели возможность обучения на центральных базах ведущих НИИ. Остальные такой возможности не имея, в большинстве случаев указали на недостаточность средств и отсутствие инициативы по данному вопросу со стороны, как самих врачей, так и руководства учреждений, в которых трудятся врачи.

На вопрос о пути улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению региона большинство респондентов, составивших 67±3,3%, ответили, что необходимо развивать и укреплять все уровни оказания медицинской помощи, но в первую очередь необходимо укреплять врачебными кадрами ЦРБ (31,5±3,2%), городские (20,5±2,8%) и малые участковые больницы (15±2,4%). Реальный уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи за годы реформ значительно снизился и повсеместно наблюдается ограничение населения в доступности медицинских услуг, прежде всего, по уровню доходов и по месту проживания. Низкодоходные группы населения, проживающие в сельской местности, не в состоянии оплачивать многие виды услуг. Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе сегодня превращаются в пустые декларации. Платность медицинских услуг нарастает [2, 6].

Многие из опрошенных врачей, а это $38\pm 3,3\%$, считают, что для привлечения медицинских кадров в сельскую местность необходимо увеличить в разы заработную плату, выплачивать материальную помощь и обеспечивать медицинский персонал комфортным жильем по месту работы. Практически все, принимавшие участие в исследовании, отмечают обязательным условием работы в сельской местности - выплату материальной помощи. $51\pm 3,5\%$ считают, что должна выплачиваться определенная ежегодная сумма, $36\pm 3,3\%$ респондентов выбирают единовременное пособие в размере от 1 млн рублей. На вопрос о размере заработной плате, 34 врача ($17\pm 2,6\%$) согласились с суммой в 60.000 рублей, 72 ($36\pm 3,4\%$) – в 80.000 рублей. 80 врачей ($40\pm 3,4\%$) оценили бы свою деятельность в среднем в 100.000 и 4 доктора (2%) - в 40.000 рублей.

$49,5\pm 3,5\%$ респондентов, принимавших участие в исследовании, удовлетворены условиями труда частично, $26\pm 3,0\%$ полностью не удовлетворены и $24,5\pm 3,0\%$ удовлетворены своими условиями труда. Из этой группы, $34\pm 3,3\%$, не удовлетворены условиями труда по причине слабой научно-технической базы учреждения, $38,5\pm 3,4\%$ – несоизмеримы нагрузками на одного врача в день.

По мнению $57,5\pm 3,4\%$, из опрошенных ($n=200$), необходимо значитель-

ное повышение заработной платы в системе здравоохранения региона и в целом на всех уровнях. Относительно небольшая группа респондентов, а это $17\pm 2,6\%$, считает, что помимо повышения заработной платы для улучшения качества оказываемой медицинской помощи, обязательно должна быть снижена нагрузка на врача. Ни для кого не секрет, что большую часть своего рабочего времени в настоящее время, врач тратит не на осмотр пациента и анализ данных, полученных лабораторно-инструментальными методами исследования, а на «правильное написание бумаг» в компьютере, которые, порой, значительно искажены, в связи с ограниченностью используемой программы. $10\pm 2,1\%$ опрошенных считают достаточным снижение только нагрузки и, в свою очередь, $6\pm 1,6\%$ предлагают сменить руководителя ЛПУ и повысить уровень заработной платы. $9,5\pm 2,0\%$ не определились с ответом на данный вопрос.

$20,5\pm 2,8\%$ респондентов считают, что медицинский персонал стремится совмещать работу в частных клиниках, так как там созданы комфортные условия труда, более высокая заработная плата и, как правило, более современное материально-техническое оснащение. Большинство из опрошенных ($56,5\pm 3,4\%$) считают, что причина перехода врачебных кадров из системы государственного здравоохранения в частные клиники, заключается только в наличии более высокой заработной платы, которую практически все частные клиники выплачивают по факту выполненной работы и,

практически, в тот же день. Однако, большинство респондентов $77\pm 2,9\%$, не зависимо от других факторов, отмечают первостепенным именно наличие более высокой заработной платы, которую они могут получить «здесь и сейчас».

Несмотря на условия труда и уровень жизни, $31,5\pm 3,2\%$ оценивают состояние здравоохранения Хабаровского края как удовлетворительное, $8,5\pm 6,1\%$ - как хорошее; $37\pm 3,3\%$ считают, что состояние здравоохранения края неудовлетворительное и $23\pm 2,9\%$ на данный вопрос затруднились ответить.

Улучшение уровня системы здравоохранения это, в первую очередь, улучшение кадровой составляющей, которая несет на себе большую ответственность за состояние работы самой системы. В этом немаловажную роль играет мотивация специалистов, которая позволит грамотно распределить кадры, тем самым заполнить слабые звенья отрасли [4, 7, 8, 10, 11].

Заключение

1. Таким образом, полученные данные показали, что проблемы в кадровой составляющей региона носят многофакторный характер.

2. Для привлечения медицинских кадров в сельскую местность необходимо увеличить в разы заработную плату, выплачивать материальную помощь и обес-

печить комфортным жильем по месту работы.

3. Разработать различные, доступные варианты обучения, включая обучение на рабочем месте. При этом необходимо ограничить возможность бесконечного поиска «нужной специальности», что поможет отсеять «случайных людей» в медицине.

4. Необходимо улучшать материально-техническую базу лечебно-профилактических учреждений всех уровней, укреплять кадрами ЦРБ, городские и участковые больницы, что позволит сохранить здоровье региона.

Список литературы

1. Агаджанян А.А. Отдельные аспекты трудовых отношений в режиме совместительства врачей-стоматологов ведомственных стоматологических учреждений федерального подчинения (в сравнении с врачами-стоматологами муниципальных объединений и частных организаций) / А.А. Агаджанян, В.М. Гринин // Рос. стоматолог. журн. 2012. № 4. С.50–51.
2. Алимов, Р.Р. Штатный норматив врача стационарного отделения скорой медицинской помощи многопрофильного стационара / Р.Р. Алимов, Н.В. Рутович, Ю.П. Иванов // Скорая мед. помощь. 2014. № 1. С.77–79.
3. Дьяченко, В.Г. Кадровый кризис, как причина провала реформ здравоохранения региона // Вестн. обществ. здоровья и

здравоохранения Дал. Востока России.

2015. № 3. Библиогр. в конце ст. (66 назв.).

4. Дьяченко В.Г. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса / В.Г. Дьяченко, Т.А. Костакова, И.В. Пчелина. Хабаровск, 2012. 424 с.

5. Ефименко, С.А. Управление персоналом в медицинских организациях: возможности социологического анализа / С.А. Ефименко, Н.В. Зайцева // Социология медицины. 2012. № 2. С.35–38.

6. Кадыров, Ф.Н. Особенности выплат стимулирующего характера в рамках введения эффективного контракта трудовой договор, эффективный контракт, стимулирующие выплаты / Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова // Здравоохранение. 2014. № 11. С.50–55.

7. Кадыров, Ф.Н. Правовая основа формирования штатных расписаний государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения // Здравоохранение. 2015. № 10. С.46–54.

8. Модернизация материально-технической базы лпу: оборудование есть, кадров нет... / Менеджер здравоохранения. 2012. № 5. С.59–65.

9. Перхов, В.И. Анализ обеспеченности учреждений здравоохранения Российской

Федерации медицинскими кадрами / В.И.

Перхов, Р.В. Стебунова // Здравоохранение. 2011. № 5. С.149–157.

10. Проблемы кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации // Справ. фельдшера и акушерки. 2014. № 7. С.10–15.

11. Щепин, В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2013. № 6. С.24–28.