

УДК 614.2 : 331.108 (571.62)

О.П. Гнатюк

Проблемы обеспеченности медицинских организаций медицинскими кадрами по итогам контрольных мероприятий. Пути повышения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

Территориальный орган Росздравнадзора по Хабаровскому краю и Еврейской автономной области, г. Хабаровск

Контактная информация: О.П. Гнатюк, e-mail: oleg_farm@mail.ru

Резюме

В статье, на основании анализа результатов контрольно-надзорных мероприятий и рассмотрения обращений граждан в Территориальном органе Росздравнадзора по Хабаровскому краю и Еврейской автономной области, рассматриваются вопросы влияния кадровой обеспеченности медицинских организаций на качество медицинской помощи, мотивы медицинского персонала, определяющие приверженность к профессии и желание профессионального и карьерного роста. Предлагаются изменения законодательства, способствующие, по мнению авторов, улучшению кадровой ситуации в системе здравоохранения.

Ключевые слова: укомплектованность штатов, квалификация медицинских работников, доступность медицинской помощи, мотивация

O.P. Gnatyuk

Problems of provision of medical organizations with medical personnel based on the results of control measures. Ways to increase public satisfaction with the quality of medical care

Territorial body of Roszdravnadzor for the Khabarovsk Territory and the Jewish Autonomous Region, Khabarovsk

Summary

The article, based on the analysis of the results of control and supervisory activities and consideration of citizens' appeals in the Territorial body of Roszdravnadzor for the Khabarovsk Territory and the Jewish Autonomous Region, discusses the impact of the staffing of medical organizations on the quality of medical care, the motives of medical personnel that determine commitment to the profession and the desire for professional and career growth. Legislative changes are proposed that, in the opinion of the authors, contribute to the improvement of the personnel situation in the healthcare system.

Key words: staffing, qualification of medical workers, availability of medical care, motivation

Введение

Здоровье и продолжительность жизни населения является показателем социально-культурного развития общества и благополучия страны. В России в последние десятилетия возникла негативная демографическая ситуация: рождаемость - как в развитых странах, смертность - как в слаборазвитых, что приводит к естественной убыли населения. Дополнительным фактором, влияющим на убыль населения является неблагоприятная эпидемиологическая обстановка в стране, а именно пандемия Covid-19. Значительные ресурсы системы здравоохранения, и в первую очередь кадровые, направлены на оказание помощи пациентам с Covid-19. Это оказывает негативное влияние на качество и в первую очередь доступность медицинской помощи для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, возможность диагностики и лечения граждан в плановом порядке. На этом фоне растет недовольство населения системой здравоохранения, и одной из главных причин такой ситуации считают кадровую проблему, которая имеет тенденцию в дальнейшем ухудшению, несмотря на принимаемые правительством меры [6, 9].

Целью данной статьи является рассмотрение путей повышения удовлетворенности граждан медицинской помо-

щью, а также выработка предложений по изменению нормативных актов, учету мотиваций медицинского персонала, которые позволят улучшить кадровую ситуацию в системе здравоохранения.

Материалы и методы

При написании статьи были использованы общенаучные методы: эмпирического исследования, теоретического познания, общелогические методы и приемы; а также методы: системного анализа, сравнений и аналогий, обобщений и др.

Обсуждение результатов

Кадровая ситуация в системе здравоохранения

Наиболее неблагоприятная кадровая ситуация сложилась именно в учреждениях бюджетно-страховой медицины, особенно в отдаленных районах регионов с неблагоприятным экономическим положением. Например, в ходе контрольных мероприятий Территориальным органом в Еврейской автономной области (далее Территориальный орган) устанавливается наибольшее число нарушений качества оказания медицинской помощи и отсутствие необходимых специалистов, даже при их наличии отмечаются низкая квалификация, а также нежелание исполнять должностные обязанности. Объективность этого вывода подтверждается количеством жалоб населения из ЕАО и стабильно высокой долей (более 66,6%) [4] в их структуре фактов несоблюдения прав граждан,

порядков и стандартов медицинской помощи. Причиной выявляемых нарушений является, в том числе абсолютное или относительное отсутствие необходимых специалистов, связанное с низкой внутриорганизационной мобильностью лечащего персонала, низкая удовлетворенность медицинских работников организационными условиями труда, неадекватностью системы оплаты труда и отсутствием стимулов для профессионального роста, что приводит к профессиональной деградации, снижению активности и инициативности медработников, отказу от использования передовых методов диагностики и лечения [5, 7, 10].

Кадровый дефицит по некоторым специальностям в медицинских организациях существует давно, укомплектованность составляет около 50% и влияние на качество медицинской помощи ранее анализировалось нами например, у пациентов пульмонологического профиля [3]. В то же время, если такой дефицит прежде отмечался в отдаленных районах в части узких специалистов, то теперь это положение сложилось даже в областных центрах и касается специалистов оказывающих экстренную помощь: хирургов, анестезиологов-реаниматологов, неонатологов и др. По данным контрольных мероприятий Территориального органа отмечается уже полное отсутствие таких

специалистов в учреждениях второго уровня.

Недостаток специалистов отмечают даже в учреждениях частной медицины. Хотя конкурс при поступлении в медицинские вузы достаточно высокий, в практическом здравоохранении остается мало выпускников. Многие уходят из профессии совсем, многие выбирают не связанные с практическим здравоохранением специальности. А среди оставшихся наблюдаются миграционные потоки в наиболее обеспеченные субъекты Российской Федерации: Москву, Санкт-Петербург, Сахалин.

Целью реформирования системы здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации является сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Поэтому в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [2] и иных направлениях реформирования отечественного здравоохранения Министерство здравоохранения России справедливо отводит ключевую роль медицинским кадрам.

Причины кадровых проблем системы здравоохранения. Мотивация.

К сожалению причины кадровых проблем уже вышли за рамки отрасли- при проведении контрольных мероприятий сотрудники Территориального органа их отмечают не только на уровне каждой медицинской организации; они лежат в недостатках организации и мотивации на всех уровнях законодательной и исполни-

тельной власти муниципалитетов и субъектов РФ, а также ненадлежащей оценке важности эффективной системы здравоохранения у значительной части населения.

При смене экономической формации в стране произошла и смена приоритетов у абитуриентов медицинских ВУЗов. На первое место вышла материальная мотивация, но медицина требует в первую очередь высоких моральных качеств, оценку наличия которых не проводят. Приоритет у абитуриента ценностей и норм трудовой морали, эмпатии, ответственности, дисциплинированности, инициативности не повышают возможность поступления в медицинские ВУЗы.

Сотрудники территориального органа Росздравнадзора при рассмотрении жалоб на качество и доступность медицинской помощи постоянно сталкиваются с проблемами в деонтологии медицинских работников, и именно нарушения деонтологии более чем в 50% случаев являются причиной появления жалобы. Безусловно, это связано с процессом эмоционального выгорания на фоне повышенной нагрузки у медицинских работников, но все чаще встречается у молодых специалистов при отсутствии эмпатии к пациенту и наличии исключительно финансовой мотивации при оказании медицинской помощи. Поэтому, уже на этапе отбора будущих медицин-

ских кадров, то есть на уровне медицинских ВУЗов и колледжей необходимо восстановить дополнительные критерии отбора абитуриентов по осознанному желанию посвятить свою жизнь оказанию помощи пациентам, то есть надо четко представлять, что движет человеком в процессе выбора медицинской профессии, а значит и в дальнейшей работе и, зная его мотивы, всячески стимулировать эмпатию к пациенту. Это позволит снизить число лиц, случайно оказавшихся в системе здравоохранения и не способных к необходимому в профессии сочувствию к больным и нуждающимся. А это в свою очередь повысит удовлетворенность пациентов процессом взаимодействия с медицинским работником.

Формально, необходимость доступной системы здравоохранения признается всеми, декларируется средствами массовой информации, но фактическое финансирование по остаточному принципу и формальная оценка результатов показывает катастрофическую недооценку положения в системе на протяжении всей постсоветской истории. Ответственность за развитие и поддержание системы периодически перекладывается с одного уровня власти на другой, при распределении полномочий, но учитывая бюджетную дефицитность подавляющего числа муниципалитетов и даже субъектов России, показывает наличие однотипных проблем разной степени выраженности (например, в Хабаровском крае и ЕАО) на протяжении ряда лет.

Кадровая обеспеченность тем не менее может значительно отличаться даже в одном населенном пункте в зависимости от действий руководства медицинских учреждений, умения использовать процесс и инструменты мотивации.

Процесс мотивации сложен и неоднозначен. Теории мотивации, как содержательные (теория иерархии потребностей Л. Маслоу, теория FRG К. Альдерфера, теория приобретенных потребностей Д. МакКлелланда, теория двух факторов Ф. Герцберга и др.) так и процессуальные (теории ожидания К. Левина, предпочтения и ожидания В. Врума, теория подкрепления Б.Ф. Скиннера, теория справедливости Портера-Лоулера, модель выбора риска Д. Аткинсона, теория «Х» и «У» МакГрегора и др.) [8] уделяют внимание анализу факторов и процессу мотивации. Стимулирование должно соответствовать потребностям, интересам и способностям работника, т.е. механизм стимулирования должен быть адекватен механизму мотивации работника. И руководители любого уровня - как системы здравоохранения, образовательных учреждений, так и медицинской организации должны уделять соответствующее внимание мотивации.

К сожалению, до настоящего времени, проблема мотивации медицинских работников остается самой актуальной и самой неразрешенной на практике.

Чаще всего обсуждается *материальная мотивация* медицинских работников. Материальная мотивация работников очень важна, так как, выполняя свои профессиональные обязанности, а порой перерабатывая, каждый сотрудник рассчитывает на справедливое вознаграждение. Поскольку медицинский труд остается низкооплачиваемым, материальное стимулирование остается самым большим вопросом мотивации медицинского труда. Сохраняющаяся система оплаты труда медицинских работников не поддерживает их *заинтересованность в конечных результатах* деятельности ЛПУ, в успешности реформы здравоохранения в целом.

Материальная мотивация, безусловно, существует и в учреждениях бюджетно-страховой медицины, ее реализация контролируется органами государственной власти, но ее использование ограничено. Например, исполнение Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 [1] в части повышения к 2018 году средней заработной платы врачей до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе без указания, что повышение производится на ставку, а не на физическое лицо, привело к работе врачей по совместительству как минимум на 2 ставки, но чаще на 3-7 ставок. Что фактически снижает доступность медицинской помощи для населения, так как не позволяет привлечь новые кадры в систему: с одной стороны (имеются случаи отказа в приеме на работу сотрудников анестезиологической службы и других специ-

альностей), и не позволяет фактически оказывать медицинскую помощь, имеющимся числом специалистов, в соответствии с порядками и стандартами с другой.

В то же время, указание о повышении заработной платы на ставку должно было бы сопровождаться двукратным увеличением фонда оплаты труда или пересмотром врачебных компетенций и освобождением врача от обязанностей, не связанных с оказанием непосредственно медицинской помощи.

До настоящего времени *профессиональный рост* медицинских работников не имеет соответствующего материального подкрепления системой оплаты труда, так как различия в оплате у специалистов имеющих различные квалификационные категории на самом деле не обеспечивают такого подкрепления, а потому профессиональный рост остается лишь *мотивом достижения*, что является потребностью высшего порядка. Поэтому, в условиях отсутствия стимулирующей роли заработной платы и ограниченности ресурсов в здравоохранении проблема сохранения и развития личности работника становится одной из краеугольных проблем эффективного труда, решение которой требует системного подхода.

Нужна более гибкая система, позволяющая объективно оплачивать лучший труд, удерживать хороших специалистов

и стимулировать достижение определенных показателей. Создание рациональной системы оплаты труда - сложная задача. Не случайно часто обнаруживается, особенно в частной системе здравоохранения, что добившись права самостоятельно устанавливать системы оплаты труда, медицинские учреждения не знают, как этим правом воспользоваться.

Проблема *материальной мотивации* связана с тем, что в здравоохранении фактически не может быть единой универсальной системы оплаты труда. Это определяется следующими моментами: во-первых, разнообразием условий - не всегда целесообразно использовать одни и те же системы оплаты труда для работников различных подразделений медицинского учреждения; во-вторых, различием задач, стоящих перед медицинскими учреждениями и в-третьих, особенностями действующего хозяйственного механизма в целом. Так например, бессмысленно пытаться создать стимулы к улучшению труда, если нет возможности получения дополнительного финансирования для лучшей оплаты достигнутых результатов.

Но что особенно настораживает - появились примеры формального отношения к требуемому уровню подготовки медицинских работников, а также нежеланию в коллективах делиться опытом и навыками с молодыми специалистами, что сказывается в конечном результате на качестве медицинской помощи и отсутствии резерва медицинских работников. Для изменения ситуации необходимо изменить систему оценки деятельности образова-

Проблемы обеспеченности медицинских организаций врачевными кадрами по итогам ...
тельных учреждений медицинского профиля, такая оценка должна учитывать мнение работодателя - то есть руководителей медицинских организаций, в которых выпускник работает после окончания медицинского ВУЗа.

С другой стороны, снижение мотивации к работе работников медицинского труда происходило и происходит в настоящее время под воздействием недооценки их роли со стороны государственных органов управления, средств массовой информации и непосредственно населения. Негативное воздействие *социальных факторов*, в виде недооценки уровня социальной значимости медицинского труда, снижения общественного авторитета медицинской профессии, как и роли интеллектуального труда вообще, создает ситуацию, которая вызывает у медицинских работников кризис профессионального самосознания.

При этом, вся профессиональная деятельность медицинских работников пронизана *риском и неопределенностью*: неопределенность риска развития заболевания у конкретного пациента, неопределенность исхода лечения в каждом конкретном случае. Риск медицинской деятельности обусловлен, кроме того, неопределенностью возможности влияния самого работника на процесс и результаты труда, находящиеся под постоянным воздействием огромного количества раз-

нообразных факторов, среди которых очень велико число факторов не медицинского характера. Во многих случаях медицинский работник не в состоянии обеспечить закрепление положительного результата, достигнутого ценой значительных усилий. Очень многое находится за пределами возможностей системы оказания медицинской помощи, особенно в сегодняшних политических и экономических условиях. Как показывают результаты наших контрольных мероприятий по обращениям граждан, нередко результат деятельности медицинских работников определяется, и необъективно, самим пациентом, принимающим собственные решения по лечению, несовпадающие с рекомендациями врача. Таким образом доля обоснованных жалоб снизилась за последние 10 лет с 24 % до 6,5 %.

Морально-психологический климат в медицинских организациях часто бывает пассивно-безличным. Негативное отношение работников к комплексу условий труда проявляется в виде рестрикционизма, который у медиков носит качественный характер: работник ограничивается выполнением некоего стандартного минимума, достигает приемлемого для данной организации уровня диагностики и лечения и не старается прилагать дополнительные усилия для его повышения.

Ухудшение отношения медицинского работника к объекту своего труда - человеку - это самое серьезное и опасное из основных проявлений отчуждения труда в здравоохранении. Достижение такого результата, как сохранение

и повышение уровня здоровья конкретного человека, а также повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, перестаёт быть целью, а становится средством достижения других целей: сохранения себя в системе, извлечение какой-либо выгоды из своего положения.

Мотивация карьерного роста.

В российской системе здравоохранения в процессах движения, перемещения и профессионального развития медицинских кадров присутствуют элементы стихийности. Самое уязвимое место в вертикальной карьере - это несоответствие знаний, навыков и умений конкретного работника занимаемой должности, которое имеет двойное проявление. Первое - работник не имеет достаточной компетентности для выполнения тех функций и задач, которые предусматривает его должность. Второе - способного и компетентного специалиста пытаются превратить в неэффективного и некомпетентного руководителя. Подобные кадровые эксперименты обходятся очень дорого для медицинского учреждения - что недопустимо в условиях дефицита финансовых средств.

Дополнительно следует также отметить, как негативный фактор мотивации - крайне *недостаточное государственное регулирование организации медицинской помощи у различных групп населения в*

зависимости от уровня доходов; значительное расслоение общества по имущественному признаку и, как следствие, наличие огромного количества пациентов с низкой покупательной способностью. Все это приводит к не оптимальному распределению ресурсов в системе здравоохранения, а значит к формированию признаков социальной несправедливости, снижению уровня доступности качественной медицинской помощи для большей части населения. *Ни у производителей, ни у потребителей медицинских услуг в настоящее время нет экономической заинтересованности в сохранении и повышении уровня здоровья.*

медицинской помощи населению.

Заключение

Для решения задачи повышения качества медицинских услуг необходимо принимать комплексные меры по преодолению дефицита кадров в системе здравоохранения. Реформа в здравоохранении хотя и направлена на совершенствование организации медицинской помощи, и включает структурные изменения в управлении, организации, технологии медицинских учреждений, а также экономические преобразования, все же требует корректировки по мере реализации в зависимости от достигнутых результатов.

В первую очередь фактором, влияющим на качество оказания медицинской помощи, является уровень квалификации, профессионализм работника и его моральные качества.

Несмотря на снижение числа врачей и укомплектованности штатов медицинских организаций, Россия до сих пор находится в первой десятке промышленно развитых стран по количеству врачей, но в лучшую сторону на качестве оказания медицинской помощи это не сказывается. Поэтому нужно стимулировать именно качественный высококвалифицированный медицинский труд. Для решения проблем кадровой обеспеченности медицинских организаций и повышения качества медицинской помощи, а также удовлетворенности населения считаем целесообразным предусмотреть участие всех уровней органов государственной власти и институтов гражданского общества, учет мотиваций медицинских работников и создание эффективной системы здравоохранения, а не возлагать ответственность за реформу только на профильное министерство и региональные органы государственной власти. Равную ответственность с ними должны нести и министерство финансов России, и муниципалитеты, и средства массовой информации.

Предложения:

1. Обеспечить стабильность кадрового состава отрасли здравоохранения: Улучшить отбор в медицинские ВУЗы, сделав акцент на приверженности к профессии и моральных качествах абитури-

ентов. В медицине должны работать истинные профессионалы, пришедшие в эту сферу деятельности по призванию.

Дополнительные баллы необходимо предусмотреть при поступлении в медицинские ВУЗы за успешное прохождение теста по психологическому соответствию, эмпатии, наличия стажа работы в медицинских организациях.

Оценка деятельности ВУЗов должна зависеть от результатов деятельности выпускников (показатели работы, мнение руководителей медицинских организаций, в которых работает выпускник).

Восстановление обязательной подготовки управленческих кадров в государственных медицинских учреждениях и закрепление необходимости наличия руководящего опыта (в должности заместителя главного врача) для назначения на должность главного врача.

2. Установление гибкой системы оплаты труда. Требуется новый документ регламентирующий многофакторную систему оплаты труда в государственных учреждениях здравоохранения. Оплата должна устанавливаться в зависимости от результатов деятельности, то есть соответствия следующим критериям качества: - расхождения клинического и патологоанатомических диагнозов, своевременность оказания медицинской помощи, наличие обоснованных жалоб населения, квалификация медицинских работников и показатели профессионального роста, достижение конечного (запланированного) результата. Зарплата меди-

цинских работников не должна кратко отличаться в зависимости от платежеспособности регионов, находящихся в близких климатических условиях, но должна учитывать условия жизни и труда, например, в регионах Крайнего Севера, отдаленных районах, труднодоступных территориях, что требует также пересмотра системы финансирования территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

3. Стимулирование профессионального роста (освоения и применения новых методик диагностики и лечения улучшающих или удешевляющих лечение). Оценка квалификации должна производиться и пересматриваться не 1 раз в 5 лет, а ежегодно по результатам работы и обучения (переподготовки). Изменение квалификации должно существенно влиять на оплату труда медицинского работника.

4. Часть усилий направить не на увеличение числа врачебного персонала, а на более точное разграничение врачебной и вспомогательных функций, повышение эффективности профессиональной деятельности с помощью материального стимулирования за счет высвободившихся денежных средств, а также создание института помощников врача, увеличение функций среднего медицинского персонала (фельдшеров). Создание понятной системы профессионального и

карьерного роста и взаимосвязанной с этим системы оплаты труда.

5. В связи с увеличением доли лиц предпенсионного и пенсионного возраста в отрасли в целом необходимо предусмотреть законодательно и подкрепить финансово не только меры поддержки для самих молодых медицинских специалистов, но и меры стимулирования медицинских организаций по привлечению молодых специалистов (медицинских кадров), например доплаты опытным специалистам за наставничество.

6. Обеспечить государственное регулирование процесса оказания медицинской помощи для неимущих граждан не являющихся инвалидами по заболеванию (например, дополнительное обеспечение лекарственными препаратами). Дополнив п.4 ст. 7 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" следующим содержанием «...обеспечения детей и *не имущих граждан пожилого возраста, не являющихся инвалидами по заболеванию* лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями».

7. В Законе о СМИ ввести ответственность СМИ и журналистов за недостоверную информацию о медицинских работниках, использование не проверенной информации предоставленной экспертами, а именно:

Дополнить Ст. 51. «Недопустимость злоупотребления правами журналиста» Закона

РФ от 27.12.1991 N 2124-1 "О средствах массовой информации" абзацем следующего содержания: **«Запрещается использовать право журналиста на распространение информации об оказании медицинской помощи ненадлежащего качества до установления (подтверждения) данного факта уполномоченными органами государственной власти или профессиональным сообществом»**

Список литературы

1. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 // СПС «Консультант Плюс».
2. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 // СПС «Консультант Плюс».
3. Гнатюк О.П. Влияние кадровой обеспеченности учреждений здравоохранения Хабаровского края на показатели заболеваемости хроническим бронхитом и хронической обструктивной болезнью легких / О.П. Гнатюк // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2011. - № 2. URK: <http://www.fesmu.ru/voz/20112/2011204.aspx>.
4. Гнатюк О.П. Права и обязанности пациента. Удовлетворенность медицинской помощью и пути ее повышения / О.П. Гнатюк // Вестник Росздравнадзора. 2021. № 2. С. 22-31.
5. Ефремова М.П., Фуфаева Е.А. Кадровый потенциал медицинских организаций как экономическая составляющая // В сборнике: Актуальные вопросы экономики, сборник научных трудов. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет имени Ульянова И.Н.» Чебоксары, - 2021.- С.73-77.
6. Мурашко М.А. Организация оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19// Вестник Росздравнадзора - 2020. - №4. - С.6-14.
7. Мурашко М.А. Ориентированность на пациента-главная задача // Вестник Росздравнадзора - 2020. - №1. - С.6-9.
8. Романова О.Л. Теории мотивации в трудах отечественных и зарубежных ученых // Состояние, тенденции и перспективы научных исследований в современном мире: сборник. - Отв. ред. С.Г. Лешкова.- 2018.- С.165-168.
9. Самойлова А.В. COVID-19: новые вызовы, новый опыт, новые возможности // Вестник Росздравнадзора - 2020. - №6. - С.8-12.
10. Смольянинова Е.Н., Просалова В.С. Проблема кадрового обеспечения системы здравоохранения и пути ее решения на примере Приморского края // Фундаментальные исследования - 2014. - №10-5. - С.968-972.