

ОБЩЕМИРОВЫЕ И РОССИЙСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.Г. Хурицлава, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева, В.Н. Филатов, И.Л. Самодова

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

В статье проанализированы основные направления развития кадровой политики в сфере здравоохранения как в России, так и за рубежом. На примере российского и зарубежного здравоохранения показано, что основной проблемой является дефицит среднего и врачебного медицинского персонала. Проанализирован мировой опыт решения данной проблемы. Приведена современная классификация обеспеченности населения медицинским персоналом и охарактеризована система подготовки медицинских кадров в России. Сделаны выводы о перспективах развития кадровой политики и управления медицинским персоналом на основе стратегического планирования в здравоохранении.

Ключевые слова: кадровая политика, кадровое обеспечение, медицинские кадры, подготовка медицинских кадров.

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) стратегия развития гуманитарных ресурсов в сфере здравоохранения должна быть направлена на создание системы рационального управления кадрами, под которой подразумевается грамотное планирование, подготовка и использование медицинского персонала. Конечной целью кадрового планирования в здравоохранении должно являться удовлетворение текущих и ожидаемых потребностей населения в медицинской помощи с учётом климатогеографических особенностей тех или иных территорий, демографической ситуации, потребностей общества в улучшении здоровья, финансовой доступности медицинской помощи и полноты охвата разных слоев и групп населения медицинскими мероприятиями. Однако из-за существования значимых межнациональных и межтерриториальных различий ВОЗ до сих пор не удавалось выработать универсальную методику кадрового планирования в секторе здравоохранения, пригодную для общемирового пользования. Тем не менее, ведущими экспертами ВОЗ выработана общемировая стратегия кадрового планирования, призванная помочь многим развивающимся странам в решении наиболее острых кадровых проблем. В частности, эксперты ВОЗ выделяют четыре важнейших направления кадрового планирования в здравоохранении: 1) обеспечение наличия достаточного количества медицинских работников, обладающих соответствующими профессиональными компетенциями, и соответствующих потребностям здравоохранения и населения; 2) обеспечение доступности ме-

дицинской помощи за счет справедливого территориально-пространственного распределения медицинских работников в соответствии с плотностью населения, транспортными возможностями, временной, инфраструктурной, финансовой, организационной и физической доступностью, особенно для людей с ограниченными физическими возможностями; 3) обеспечение приемлемости моральных качеств медицинской рабочей силы, способности к оказанию медицинской помощи всем пациентам независимо от их состояния здоровья, возраста, вероисповедания, социокультурных установок; 4) обеспечение качества медицинской помощи за счет профессиональной компетентности медицинских работников и владения необходимым объемом знаний, навыков, умений, которые полностью соответствуют существующим нормам и стандартам. При планировании потребности системы здравоохранения в медицинских кадрах крайне важно учитывать такие факторы, как ежегодный базовый уровень медицинских работников; ежегодное количество выпускников; уровень ежегодной эмиграции и иммиграции медицинских работников; ежегодные потери медицинских кадров из-за выхода на пенсию, полной утраты трудоспособности и ухода из профессии [1].

По данным ВОЗ, ежегодно около 57 стран мира сталкиваются с проблемой острой нехватки медицинских работников, из которых большая доля (63%) приходится на страны Африки [2]. Согласно оценкам ВОЗ, к 2035 г. общемировой дефицит квалифицированных медицинских специалистов достигнет 12,9 млн человек,

который в основном сведется к острой нехватке специалистов из числа акушеров, медсестер и врачей. По мнению многих аналитиков, рост нехватки врачей общей практики угрожает эффективному функционированию первичной медико-санитарной помощи многих стран мира. В настоящее время даже в США существует проблема нехватки врачей первичного звена здравоохранения, особенно в сельских округах [3]. Здравоохранение Австралии также страдает от нехватки врачей общей практики как в сельских местностях, так и в крупных городах [4]. В Финляндии к 2010 г. дефицит врачей в первичном звене здравоохранения составлял 6% от необходимого количества и это с учетом как собственных, так и мигрировавших в страну врачей-иностранцев [5]. Интересен тот факт, что именно наша страна является основным поставщиком врачей-иностранцев в Финляндию. В частности, в период с 2004 по 2008 гг. ежегодно 70–80 выпускников российских медицинских вузов уезжали в Финляндию и получали лицензию на работу в сфере здравоохранения. В общей сложности к 2013 г. 357 российских врачей переехали в Финляндию и получили лицензию на работу в здравоохранении, из которых 212 врачей уже стали подданными этой страны [6].

Чаще всего и в более глобальных масштабах с дефицитом медицинских кадров сталкиваются системы здравоохранения стран, имеющих низкий и средний уровень доходов, что инициирует усиленную эмиграцию медицинских работников в соседние страны с более высоким достатком [7, 8, 9]. К числу главных причин, инициирующих возникновение и усугубление проблемы дефицита медицинских кадров, эксперты ВОЗ относят неспособность стран с низким и средним уровнем доходов обеспечивать их профессиональную подготовку, а также невозможность сохранения и поддержания оптимального кадрового баланса [10]. Другой причиной нарастающего дефицита медицинских кадров может быть усиливающееся намерение медицинских работников уйти из профессии по причине неудовлетворенности работой, высокого уровня стресса, синдрома профессионального выгорания, ухудшения условий труда, разочарования в профессии на фоне рекордно растущих психоэмоциональных нагрузок и введения электронных систем учета пациентов [11, 12, 13]. Потере кадрового ресурса также способствует эмиграция врачей в территориально близкие страны с высоким размером внутреннего валового продукта на душу населения [14], а

также с более высокими зарплатами и лучшими условиями труда [15].

Во многих странах мира для решения проблемы дефицита кадров, начиная с 1978 г., стали готовить социальных работников с медицинским уклоном («community-based health worker») для системы первичной медико-санитарной помощи [16]. Но уже с конца 1980-х годов на фоне появления ряда проблем, которые привели к снижению качества и эффективности их профессиональной подготовки, интерес к данной идее явно снизился [17, 18]. Тем не менее, в начале 1990-х годов вновь возник энтузиазм по поводу реализации специальных программ подготовки медико-социальных работников для работы в первичном звене здравоохранения, чему способствовало продвижение ВОЗ идеи о необходимости перераспределения функциональных обязанностей и делегировании некоторых полномочий от клинического персонала к неклиническому [19]. Стратегия привлечения в сферу медицинского обслуживания социальных работников, по мнению ряда экспертов, позволяет медицинским работникам сконцентрироваться на конкретных областях знаний и снизить нагрузку медицинского персонала [20].

В условиях кадрового дефицита руководителям органов управления здравоохранением крайне важно применять правильную тактику планирования потребности в медицинских кадрах и услугах. В частности, известно несколько методов планирования необходимого количества медицинских кадров для нужд практического здравоохранения. Одним из наиболее простых и доступных методов является метод соотношения, основой которого является планирование исходя из желательного, нормативного или эмпирически определенного соотношения численности медицинского персонала к численности населения (например, 1 врач на 1000 населения, 1 медсестра на 500 человек). При методе потребности в медицинской помощи обслуживаемое население разбивается по возрасту, месту проживания, уровню и структуре заболеваний и травм для каждого популяционного сегмента: детей, беременных женщин, молодежи, трудоспособного населения, пожилых людей и т. д., после чего для каждого сегмента населения отдельно оценивается потребность в медицинской помощи с учетом возможностей поставщиков медицинских услуг, необходимости оказания разных видов медицинской помощи, существующих требований к медицинскому сервису, временных затрат, не-

обходимых для удовлетворения потребности обслуживаемого населения в лечении имеющихся заболеваний или травм. Однако для реализации данного метода необходима разработка и обоснование кадровых нормативов, а также стандартов производительности медицинского труда (например, эквивалентом полной занятости врача считается 6000 посещений в год). Метод сервисного потребления – это когда обслуживаемое население разбивается на группы по возрастному и территориальному признаку, далее в каждой возрастной и территориальной группе оценивается реальный потребительский спрос населения на различные виды медицинских услуг (например, визиты к врачу, посещения стоматолога, госпитализации). Полученные данные умножаются на численность каждой популяционной группы, а затем с использованием нормативного штатного расписания и норм производительности труда медицинских работников эти данные преобразуются в кадровую потребность. Метод целевого планирования применяется для достижения конкретных целей и решения определенных задач, которые в свою очередь определяются экспертами и учитывают приоритеты в улучшении состояния здоровья населения, соотносят желания и потребности государства в кадрах, а также техническую, административную и финансовую целесообразность предоставления тех или иных медицинских услуг. Например, при планировании в качестве основной цели может выступать как обеспечение доступной медицинской помощью как беременных женщин, младенцев, маленьких детей, так и всего населения в целом [21].

По мнению российского эксперта В.Ю. Семенова (2006 г.), методика оценки потребности в трудовых ресурсах, основанная на изучении фактического потребительского спроса на медицинские услуги, так же как и оценка предполагаемой потребности, имеет больше недостатков, чем достоинств. Потребительский спрос на медицинские ресурсы определяется многими факторами, часть из которых находится вне рамок системы здравоохранения. Учет этих факторов крайне важен для планирования, однако они неравны по своему значению, особенно в зависимости от страны, системы здравоохранения, методологии и планирования. В.Ю. Семенов выделяет восемь категорий факторов, наиболее сильно влияющих на формирование кадровой политики и определение потребности в медицинских кадрах: демографические, экономические и социокультурные факторы,

состояние здоровья населения, доступность медицинских услуг, обеспеченность медицинских организаций материально-техническими ресурсами, производительность труда и развитость лечебно-диагностических технологий [22].

Для России в связи с ее уникальными историческими, социально-экономическими и климатогеографическими характеристиками вопросы кадрового планирования в здравоохранении приобретают первоочередную важность. Состояние здоровья населения России, неблагоприятная демографическая ситуация в регионах, недостаточная эффективность системы отечественного здравоохранения требуют ресурсных инвестиций и в большей степени – кадровых ресурсов. Неблагоприятная кадровая ситуация в российском здравоохранении стала складываться с 1990 по 2000 г., когда из-за низкой заработной платы и длительных задержек в ее выплате из системы здравоохранения ушло большое число молодых перспективных кадров. В последующие десятилетия приток молодых специалистов не смог восполнить естественную и миграционную убыль врачей и средних медицинских работников. В целом существующие кадровые проблемы российского здравоохранения можно подразделить на следующие категории: дефицит медицинских кадров; дисбаланс между разными медицинскими специальностями (в России необоснованно много гематологов, урологов, гинекологов, и не хватает педиатров, пульмонологов, терапевтов и хирургов); дисбаланс между уровнями оказания медицинской помощи (в основном врачи предпочитают работать в стационаре, а в первичном звене здравоохранения их не хватает) [23]; недостаточный уровень квалификации врачебного и среднего медицинского персонала [24], несбалансированность подготовки медицинских кадров с учетом потребностей практического здравоохранения [25].

По данным официальной статистической отчетности на 1 января 2014 г., в учреждениях здравоохранения системы Минздрава России работало 702,6 тыс. врачей (с 2012 г. – без аспирантов, клинических ординаторов, интернов в связи с изменением методологии сбора данных Минздравом России) и 1518,5 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием. Еще более 90,0 тыс. врачей работает в учреждениях здравоохранения ведомственной принадлежности и частной собственности [26]. При этом в учреждениях здравоохранения России насчитывается более 757

тыс. штатных должностей врачебного персонала. Таким образом, налицо дефицит врачебного персонала. В настоящее время в России не хватает порядка 40000 врачей и 270 000 медицинских сестер [28, 29].

Структура основных функциональных групп работников учреждений здравоохранения РФ складывается следующим образом (по штатам): средний медицинский персонал – 39,93%, младший медицинский персонал – 21,21%, прочий персонал – 18,65%, врачебный персонал – 19,0%, работники с высшим немедицинским образованием – 0,76% и специалисты с фармацевтическим образованием – 0,45%. Доля руководителей и их заместителей в структуре штатных должностей врачебного персонала в среднем по России составляет 0,79%. В 24% российских субъектов отмечено превышение показателя кадровой структуры по руководящим должностям. Общее число вакантных должностей в здравоохранении РФ оценивается в ~ 5,7%, поскольку численность всех занятых должностей в медицинских учреждениях на 5,7% меньше зарегистрированного числа штатных единиц. При этом численность занятых должностей в 1,4 раза превышает число фактических основных работников, что свидетельствует о том, что высокий дефицит кадров частично перекрывается совместительством. Вместе с тем, численность штатных должностей выше числа физических лиц почти в 1,5 раза. Наиболее высокая укомплектованность физическими лицами отмечается среди руководителей учреждений здравоохранения и их заместителей (88,3%), среднего медицинского (71,9%), прочего (66,9%), а наименьшая – среди младшего медицинского персонала (64,4%) и врачей (61,2%) [27].

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения РФ к 2020 году планировалось довести показатель обеспеченности врачами до уровня 44,8 на 10 тысяч населения и достигнуть соотношения врачей и среднего медицинского персонала 1:3 [30]. Однако по состоянию на 1 января 2014 г. показатель обеспеченности врачами уже составил 48,9 на 10 тыс. населения, снизившись с уровня 51,2 на 10 тыс. населения, который наблюдался в 2011 г. В противовес росту обеспеченности врачами с 1990 по 2013 г. обеспеченность средним медицинским персоналом снизилась с уровня 124,4 до 105,7 на 10 тыс. населения [26]. Наиболее высокие темпы роста обеспеченности населения врачами отмечались в Северо-Западном (9,5%), Уральском (9,2%) и Сибирском федеральных

округах (9,5%). Напротив, в Южном федеральном округе обеспеченность населения врачами снизилась на 2% [23]. Таким образом, обеспеченность врачами в России на тысячу населения оценивается на уровне 4,4, в то время как в странах ОЭСР (Организации экономического сотрудничества и развития) этот показатель составляет всего 3,1. Однако это мнимое благополучие, так как в нашей стране показатели здоровья населения намного хуже, а при расчете численности только практикующих врачей, как это делается по международным критериям, обеспеченность ими составляет всего 2,8 на тысячу населения [36].

В РФ сохраняются значительные территориальные диспропорции обеспеченности населения медицинскими кадрами. Существующая классификация уровня обеспеченности населения врачами позволяет стратифицировать различные территории в зависимости от значения этого показателя (менее 30; от 30 до 40; от 40 до 50; от 50 и более врачей на 10 тысяч населения). Обеспеченность населения врачами и средними медицинскими работниками в городах в 4,3 и 1,9 раза выше, чем в сельской местности, различия между крайними показателями обеспеченности населения субъектов РФ врачами и средним медицинским персоналом составляют 2,9 и 2,4 раза соответственно, различия между показателями обеспеченности врачами клинических специальностей – 2,6 раза. Соотношение «врач : средний медицинский работник» в среднем по стране составляет 1 : 2,03, в городах – 1 : 1,86, а в сельской местности – 1 : 4,14. Следует отметить, что в большинстве развитых зарубежных стран этот показатель значительно выше, чем в России (в Канаде – 1 : 4,7; Норвегии – 1 : 4,4; Ирландии – 1 : 4,7; Дании – 1 : 5,6 и др.). Обеспеченность сельского населения врачами варьирует на территории России в гораздо большей степени, чем обеспеченность врачами городского населения. Разница между крайними значениями показателя обеспеченности городского населения врачами составляет 3,6 раза, а в сельской местности они отличаются в 43,8 раза. Более детальный анализ обеспеченности кадрами на уровне регионов показывает, что в 5 федеральных округах обеспеченность населения врачами превышала и только в двух они были ниже средних её размеров по РФ. Следует отметить, что самые низкие показатели (менее 30 врачей на 10 тысяч населения) обеспеченности врачами наблюдаются в Чеченской Республике (24,1), Курганской области (24,5), Республике

Ингушетия (24,9), Калининградской области (29,8), Еврейской автономной области (29,9) и в Тульской области (29,9). Асимметрия показателей обеспеченности кадрами в субъектах, разнонаправленность имеющихся тенденций не могут обеспечить равные доступность и качество медицинской помощи всем категориям населения [23].

Анализируя процесс становления системы медицинского образования в России, следует отметить, что до середины XVII века медицинские кадры в Российском государстве системно не подготавливались, а овладеть необходимыми медицинскими знаниями можно было только за рубежом [31]. Сегодняшний дефицит врачебных кадров существует, несмотря на то, что ежегодно 47 медицинских вузов выпускают порядка 34–36 тыс. врачей, а численность работающих врачей

в период 1991–2013 гг. увеличилась на 15% [26, 32] (рис.1). Для сравнения: на протяжении последних 20 лет американские медицинские вузы ежегодно выпускают 16 тыс. врачей, что на 28% меньше числа открытых вакансий [34].

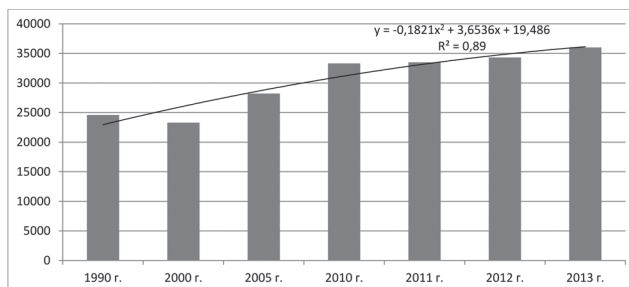


Рис. 1. Общая численность выпускников российских медицинских вузов за период с 1990 по 2013 г. по данным Федеральной службы государственной статистики.

Таблица 1

Обеспеченность населения врачами по отдельным специальностям по данным Федеральной службы государственной статистики

Численность врачей ¹⁾ из них:	На 10 000 человек населения						
	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013
	45,0	46,8	48,6	50,1	51,2	49,1	48,9
терапевтического профиля	11,4	11,0	11,2	11,5	11,8	11,7	11,7
хирургического профиля ²⁾	5,6	4,3	4,6	4,9	5,1	5,0	4,9
акушеров-гинекологов ⁵⁾	5,2	5,4	5,6	5,7	5,8	5,7	5,7
офтальмологов	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
педиатров ^{3);5)}	24,5	28,2	32,4	31,6	31,1	25,5	24,8
отоларингологов	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
неврологов ⁴⁾	1,2	1,6	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9
психиатров и наркологов	1,5	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6
фтизиатров	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
дерматовенерологов	0,6	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8
рентгенологов и радиологов	1,5	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
врачей по лечебной физкультуре и спортивной медицине	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
врачей санитарно-противоэпидемической группы и врачей по общей гигиене	2,2	1,9	1,4	1,2	1,3	1,3	1,4
стоматологов	3,3	3,8	4,4	4,2	4,3	4,4	4,4

1) С 2012 г. – без аспирантов, клинических ординаторов, интернов, в связи с изменением методологии сбора данных Минздравом России.

2) 1990 г. в составе хирургов учитывались анестезиологи-реаниматологи.

3) С 2000 г. в составе педиатров учитываются детские хирурги, детские эндокринологи и детские онкологи.

4) 1990 г. – невропатологи.

5) Численность акушеров-гинекологов рассчитана на 10000 женщин, педиатров – на 10000 детей в возрасте 0–14 лет, с 2012 г. – на 10000 детей в возрасте 0–17 лет.

Структура приема студентов в медицинские образовательные учреждения: ежегодно 20 тысяч абитуриентов принимается в медицинские вузы; 24 тысячи принимаются для обучения по программе послевузовского профессионального образования, в том числе 16 тысяч интернов и 6 тысяч ординаторов, еще 160 тысяч врачей и провизоров принимаются для обучения по программе дополнительного профессионального образования. Численность обучающихся в медицинских образовательных учреждениях: среднегодовая численность студентов, обучающихся по программам среднего медицинского образования, составляет 8900 человек, а численность студентов, обучающихся по программе высшего медицинского образования, составляет 127100 человек, еще 35200 врачей и провизоров обучаются по программам послевузовского профессионального образования [33]. По данным Росстата, в 2013 г. государственными образовательными медицинскими учреждениями выпущено 464 тысяч специалистов со средним медицинским образованием и еще 600 специалистов подготовлено частными образовательными медицинскими учреждениями [26]. Несбалансированность подготовки кадров в России по некоторым специальностям способствовала росту численности врачей-специалистов «узкого» профиля и уменьшение врачей терапевтического профиля (на 20,4%), педиатров (на 5,3%), санитарных врачей (на 30,7%), врачей скорой помощи (на 8,8%) и др. [23, 35]. Однако в целом ситуация остается стабильной (табл.1).

На основе созданного в 2010 г. Национального регистра медицинских работников и учащихся в нашей стране разработана специальная аналитическая электронная программа, позволяющая осуществлять учет, прогнозирование и планирование потребности практического здравоохранения в кадровых ресурсах.

Не менее актуальной проблемой является то, что новых выпускников медицинских вузов оказывается недостаточно для замещения всех имеющихся вакантных должностей, поскольку 20% выпускников не идут в практическое здравоохранение, а еще 8% работающих специалистов ежегодно уходит из сферы здравоохранения. Вызывает тревогу и тот факт, что более половины врачей в России – это люди пенсионного или предпенсионного возраста [36]. Каждая пятая медицинская сестра и более 17% врачей продолжают трудовую деятельность, находясь в пенсионном возрасте. Многие врачи и медицинские сестры не удовлетворены

режимом труда и отдыха, экономическим положением. 12,9% врачей и 22,7% медицинских сестер хотели бы уйти из медицины [37]. Одним из способов решения проблемы дефицита кадров является введение системы целевой контрактной подготовки медицинских работников с учетом потребности субъектов РФ в конкретных специалистах. Однако за последние годы престиж профессии сильно пострадал, о чем свидетельствуют результаты социологических опросов. В частности, медицинскую профессию хотели бы иметь только 2,2% опрошенных, а это лишь 14 позиция в списке приоритетности специальностей [38].

Не все выпускники медицинских вузов и медицинских училищ готовы к выполнению своих профессионально-должностных обязанностей сразу после окончания учебы, что связано с отсутствием опыта работы и практических навыков, а также недостатком теоретических знаний. В частности, при устройстве на работу только 77,8% заведующих отделениями, 81,8% врачей, 89,9% старших медицинских сестер, 80,7% медицинских сестер, 71,4% акушеров и 88,2% фельдшеров оказались готовы к выполнению профессионально-должностных обязанностей [31].

В настоящее время в основе алгоритма расчета числа врачей, непосредственно оказывающих помощь пациентам (врачи амбулаторного приема поликлиники и врачи палат стационаров), лежат нормативные показатели программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, представленные в виде объемных показателей (число посещений, число госпитализаций, число пролеченных в дневном стационаре в расчете на 1 жителя в год). В.И. Стародубовым и др. [39] предложена технология планирования медицинских кадров, построенная по методу компонентов, которая позволяет вносить коррективы в структуру формирования норматива (штатного норматива, нормы нагрузки, расчетных норм времени) и получать соответствующие поправки к действующему нормативному документу.

Современное состояние использования трудовых ресурсов характеризуется парадоксальным явлением. С одной стороны, организаторы здравоохранения говорят о повсеместном дефиците кадров, в том числе и врачебных, в первую очередь в амбулаторном звене. С другой стороны, функция врачебной должности не всегда выполняется. В соответствии с рекомендациями ФГБУ ЦНИИ организации и информатиза-

ции здравоохранения Минздрава РФ от 2013 г., разработанными для обеспечения мероприятий по нормированию труда, расчетные нормы нагрузки (обслуживания) врачей амбулаторного приема выражаются в числе посещений в час работы или за год [40]. Число посещений в час работы (60 мин) определяется по формуле:

$$N = \frac{60 \times k}{T_{\text{пос}}},$$

где N – норма нагрузки; $T_{\text{пос}}$ – затраты времени на посещение (в мин.); k – коэффициент использования рабочего времени должности на лечебно-диагностическую работу.

Коэффициент использования рабочего времени должности на лечебно-диагностическую работу рассчитывается по формуле:

$$k = \frac{t_{\text{раб}} - t_{\text{др}}}{t_{\text{раб}}},$$

где $t_{\text{раб}}$ – продолжительность рабочего времени в течение дня; $t_{\text{др}}$ – время затрачиваемое в течение рабочего дня врачом амбулаторного приема на работу, не связанную с лечебно-профилактической и профилактической деятельностью (служебные переговоры, конференции, личное необходимое время и т.д.). Эти затраты не включаются в расчетные нормы времени на посещение, на госпитализированного больного.

Однако рабочее время врачей используется весьма нерационально и малоэффективно. Так, исследованиями установлено, что потери рабочих дней по болезни составляют около 10 дней в расчете на одного работающего. В связи с неявками пациентов отмечаются перерывы в работе врачей, особенно в летний период года. Кроме того, медицинские сестры в период 12-часового дежурства до 2 часов рабочего времени тратят на различные переходы по подразделениям учреждения. Врачи и средний медицинский персонал много времени затрачивают на выполнение несвойственных им функций из-за нехватки персонала и нерациональной организации труда. Все эти функции могли бы выполняться персоналом с меньшей квалификацией. У врачей поликлиник эти работы занимают до 30%, а у врачей стационара – до 35% рабочего времени [41]. Хронометрические исследования показывают, что основная доля рабочего времени у любого врача уходит не на общение с больным, а на заполнение всевозможных сопроводительных медицинских документов. Анализ зарубежного опыта показывает, что наиболее

оптимальным является прием одного пациента в течение 20 минут, но это при условии, что врача полностью освобождают от заполнения всевозможных документов [33]. При расчете затрат времени врача амбулаторного приема на одно посещение необходимо учитывать различия в возрастно-половом составе пациентов, для чего норму времени на посещение рекомендуется устанавливать с размахом колебаний показателей. Так, участковому терапевту, в обслуживаемом населении которого преобладают лица пожилого и старческого возраста требуется больше времени на одно посещение, чем врачу, на участке которого преобладают лица молодого и трудоспособного возраста. Кроме того, время, затрачиваемое на одно посещение, будет отличаться по разным специальностям врачей амбулаторно-поликлинического звена. Также затраты времени врачей амбулаторно-поликлинического звена зависят от обеспеченности врачей средним медицинским персоналом [42]. Сложившаяся ситуация подтверждает необходимость продолжения модернизации, оптимизации и совершенствования кадрового обеспечения государственной системы здравоохранения РФ. При планировании потребности в подготовке медицинских кадров важно учитывать интенсивность ежегодного выбывания медицинских кадров из практической деятельности по причине выхода на пенсию, а также долю выпускников медицинских вузов, которые после обучения не связывают свою профессиональную деятельность с практическим здравоохранением и начинают работать совсем по другой специальности.

Литература

1. World Health Organization. Working together for health: The World Health Report. – Switzerland, Geneva, 2006. – 237 p.
2. World Health Organization. Catalyst for Change, the Global Health Workforce Alliance 2009: Annual Report. – Switzerland, Geneva, 2010. – 27 p.
3. *Thompson, M.J.* Do international medical graduates fill the gap in rural primary care in the United States? A national study / M.J. Thompson [et al.] // *J Rural Health*. – 2009. – Vol. 25, № 2. – P. 124–134.
4. *Smith, S.D.* The global workforce shortages and the migration of medical professions: the Australian policy response / S.D. Smith // *Aust. New Zealand Health Policy*. – 2008. – doi: 10.1186/1743-8462-5-7.

5. *Ruskoaho, J.* Terveyskeskusten lääkäritilanne / J. Ruskoaho. – Режим доступа: <http://www.laakariliitto.fi/en/>.
6. *Kuusio, H.* Inflows of foreign-born physicians and their access to employment and work experiences in health care in Finland: qualitative and quantitative study / H. Kuusio [et al.] // *Hum Resour Health*. – 2014. – doi: 10.1186/1478-4491-12-41 PMID: PMC4139137.
7. World Health Organization. Treat, Train, Retain – The AIDS and Health Workforce Plan: Report on the Consultation on AIDS and Human Resources for Health. – Switzerland, Geneva, 2006. – 80 p.
8. *Glenton, C.* Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis / C. Glenton [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2013. – doi:10.1002/14651858.CD010414.pub2.
9. *Perry, H.B.* Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness / H.B. Perry, R. Zulliger, M.M. Rogers // *Annu Rev Public Health*. – 2014. – Vol. 18, № 35. – P. 399–421.
10. *Zulu, J.M.* Developing the national community health assistant strategy in Zambia: a policy analysis / J.M. Zulu [et al.] // *Health Res Policy Syst*. – 2013. – doi: 10.1186/1478-4505-11-24.
11. *Heponiemi, T.* Psychosocial factors in general practitioner work: the effects of taking a general practitioner position or leaving general practitioner work / T. Heponiemi [et al.] // *EJPH*. – 2013. – Vol. 23, № 3. – P. 361–366.
12. *Kuusio, H.* Organizational commitment among general practitioners: a cross-sectional study of the role of psychosocial factors / H. Kuusio [et al.] // *Scand J Prim Health Care*. – 2010. – Vol. 28, № 2. – P. 108–114.
13. *Linzer, M.* Working conditions in primary care: physician reactions and care quality / M. Linzer [et al.] // *Ann Intern Med*. – 2009. – Vol. 151, № 1. – P. 28–36.
14. *Hussey, P.S.* International migration patterns of physicians to the United States: a cross-national panel analysis. / P.S. Hussey // *Health Policy*. – 2007. – Vol. 84, № 2–3. – P. 298–307.
15. *Klein, D.* Push, pull, and plant: the personal side of physician immigration to Alberta Canada / D. Klein [et al.] // *Fam Med*. – 2009. – Vol. 41, № 3. – P. 197–201.
16. *Liu, A.* Community health workers in global health: scale and scalability / A. Liu [et al.] // *Mt Sinai J Med*. – 2011. – Vol. 78, № 3. – P. 419–435.
17. *Abbatt, F.* Scaling up Health and Education Workers: Community Health Workers. Literature Review / F. Abbatt. – London: Department for International Development, Health Systems Resource Centre. – 2005.
18. *Walt, G.* Community Health Workers in National Programmes: Just another Pair of Hands? / G. Walt. – Milton Keynes UK : Open University Press; 1990.
19. *Hanefeld, J.* What impact do global health initiatives have on human resources for antiretroviral treatment roll-out? A qualitative policy analysis of implementation processes in Zambia / J. Hanefeld, M. Musheke // *Hum Res Health*. – 2009. – doi: 10.1186/1478-4491-7-8.
20. *Schneider, H.* Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects / H. Schneider, H. Hlophe, D. van Rensburg // *Health Policy Plan*. – 2008. – № 23. – P. 179–187.
21. *Hall, T.L.* Human Resources for Health A Worldwide Crisis. Global Health Education Consortium / T.L. Hall, N. Bores // Univ. of California at San Francisco, 2007. – Режим доступа: http://www.cugh.org/sites/default/files/69_Human_Resources_for_Health_a_Worldwide_Crisis_FINAL.pdf
22. *Семенов, В.Ю.* Экономика здравоохранения : учебное пособие [Кн. 2] / В.Ю. Семенов // М., 2006. – 472 с.
23. *Стародубов, В.И.* Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития // В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, С.А. Леонов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>
24. *Штернис, Т.А.* Определение потребности в медицинских кадрах, необходимых для реализации программы государственных гарантий оказания населению кемеровской области бесплатной медицинской помощи / Т.А. Штернис, В.М. Ивойлов // Медицина в Кузбассе. – 2013. – № 3. – С. 6–11.
25. *Коротков, Ю.А.* Кадровое обеспечение лечебно-профилактических учреждений в условиях структурных преобразований в здравоохранении России / Ю.А. Коротков, Р.А. Манин, Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>
26. Российский статистический ежегодник. – М. : Федеральная служба государственной статистики, 2014. – Режим доступа: <http://www.fedstat.ru>

gks.ru/ wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078.

27. Сон, И.М. Характеристика и объем основных трудовых ресурсов системы здравоохранения / И.М. Сон [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – Т. 23, № 3. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>

28. Скворцова, В.И. Материалы выступления на VII Медиафоруме «Единой России» 17 мая 2013 года / В.И. Скворцова. – Режим доступа: <http://er.ru/news/101194/>.

29. Скворцова назвала катастрофой нехватку в России порядка 270 тыс. медсестер // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 11. – С. 4.

30. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/1686-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravooohraneniya-rossiyskoy-federatsii>.

31. Манерова, О.А. Актуальные вопросы подготовки медицинских кадров: к 140-летию со дня рождения Н.А. Семашко / О.А. Манерова, Д.М. Дрыгин, П.К. Давыдов // История медицины. – 2014. – № 3. – С. 30–37.

32. Папеева, К.О. Качественная характеристика трудовых ресурсов здравоохранения в России на современном этапе / К.О. Папеева [и др.] // Медицинский альманах. – 2014. – Т. 3, № 33. – С. 10–13.

33. Скворцова, В.И. Пути решения кадровой проблемы в здравоохранении / В.И. Скворцова // Hi-Med. Высокие технологии в медицине. – 2012. – № 11. – Режим доступа: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=7674>.

34. Зарецкая, С.Л. Подготовка медицинских кадров и рынок труда в Канаде и США / С.Л. Зарецкая // Экономика образования. – 2001. – № 5. – С. 63–65.

35. Щепин, В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения / В.О. Щепин // Проблемы социальной

гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 24–28.

36. Артемьева, Г.Б. Медико-экономическая оценка реформирования региональной системы обязательного медицинского страхования : автореф. дисс. ...док. мед. наук : 14.02.03 / Артемьева Галина Борисовна. – Рязань, 2013. – 48 с.

37. Тарханов, В.С. Состояние и пути оптимизации стационарной психиатрической помощи взрослому населению юга России (на примере Астраханской области) : автореф. дисс. ...канд. мед. наук : 14.02.03 / Тарханов Владимир Саввич. – СПб., 2014. – 24 с.

38. Проклова, Т.Н. К вопросу о развитии системы подготовки медицинских кадров через призму портрета современного абитуриента / Т.Н. Проклова, Т.И. Расторгуева, О.В. Полозова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – № 1. – С. 110–116.

39. Методика расчета потребности во врачебных кадрах субъектов Российской Федерации / под ред. В.И. Стародубова // М. : ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ. – 2014. – 33 с.

40. Методика разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала / под ред. В.И. Стародубова // М. : ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ. – 2013. – 26 с.

41. Николоюкина, Н.Б. Трудовые ресурсы в здравоохранении современной России / Н.Б. Николоюкина, И.С. Кондрашова / Социально-экономические явления и процессы. – 2011. – № 10. – С. 157–161.

42. Щепин, В.О. К вопросу о подготовке медицинских кадров в Российской Федерации / В.О. Щепин, Т.И. Расторгуева, Т.Н. Проклова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – № 1. – С. 153–159.

М.В. Авдеева
Тел.: 8-911-728-73-21
E-mail: Lensk69@mail.ru

О.Г. Хурцилава, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева, В.Н. Филатов, И.Л. Самодова Общемировые и Российские тенденции развития кадровой политики в сфере здравоохранения // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Том 7, № 2. – С. 123–132.

GLOBAL AND RUSSIAN TENDENCIES IN THE HUMAN RESOURCE MANAGEMENT IN HEALTH CARE

O.G. Hurtsilava, V.S. Luchkevich, M.V. Avdeeva, V.N. Filatov, I.L. Samodova

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

The article analyses the main directions of development of human resource management in the health sector, both in Russia and abroad. Through the example of the Russian and foreign health care service it shows that the main problem is the deficit of nurses and physicians. The world experience in solving this problem is analysed in the article. The research shows the current classification of availability of medical personnel and characterises system of training of medical personnel in Russia. In conclusion the prospects of development of human resources policy and medical personnel management on the basis of strategic planning in health care are given.

Key words: human resource management, health care resources, medical personnel, medical training

Authors

M.V. Avdeeva

Tel.: 8-911-728-73-21

E-mail: Lensk69@mail.ru

O.G. Hurtsilava, V.S. Luchkevich, M.V. Avdeeva, V.N. Filatov, I.L. Samodova Global and russian tendencies in the human resource management in health care // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2015. – Vol. 7, № 2. – P. 123–132.