

[Введите текст]

Государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Аксенова Е.И., Бурковская Ю.В., Хороших В.Г.

**Оптимальная модель определения
укомплектованности медицинских кадров
Экспертный обзор**

Москва, 2021

УДК 614.2
ББК 51.1

A41

A41 Оптимальная модель определения укомплектованности медицинских кадров.
Экспертный обзор. Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурковская, В. Г. Хороших –
М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 57 с.

ISBN: 978-5-907404-58-8

УДК 614.2
ББК 51.1

ISBN: 978-5-907404-58-8

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ	6
Обеспеченность населения медицинскими кадрами	6
Укомплектованность медицинскими кадрами	7
АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН	9
2.1. Германия	9
2.2. США	10
2.3. Великобритания	10
2.4. Китай	11
2.5. Сингапур	12
АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ, ПОДХОДЫ К ЕГО НОРМИРОВАНИЮ	14
Анализ статистических показателей	14
Подходы к нормированию кадрового обеспечения медицинских организаций	16
МЕРОПРИЯТИЯ ПО УСТРАНЕНИЮ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ	19
ВЫВОДЫ	23
ПРЕДЛОЖЕНИЯ	25
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	26

ВВЕДЕНИЕ

Вопрос об оптимальном числе и рациональной структуре кадров системы здравоохранения является актуальным для всех систем здравоохранения мира. Состояние кадрового обеспечения врачевными специальностями в Российской Федерации за последнее десятилетие претерпело определенные изменения. Отмечены положительные тренды: увеличение в стране общей численности врачей и реальные структурные изменения состава врачебного персонала (рост числа врачей в первичном звене здравоохранения, сокращение их числа в стационарном звене) [1].

Вместе с тем нельзя не заметить значительного числа негативных факторов, характеризующих современное состояние обеспечения населения специалистами с высшим и средним медицинским образованием и укомплектованности ими штата медицинских организаций, что снижает эффективность и результативность усилий системы здравоохранения по укреплению здоровья и профилактике заболеваний населения.

Помимо общего количества специалистов, необходимо обратить внимание на «внутреннюю» структуру кадров по различным специальностям. Например, при достаточном общем количестве врачебных кадров (всего) может быть недостаток в обеспеченности врачами «первого контакта» наряду с избытком узких специалистов [2].

В обзоре использованы официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики, Минздрава России, проанализированы источники литературы отечественных и зарубежных авторов по кадровой проблеме в здравоохранении, а также нормативно-правовые документы по теме обзора. В ряде случаев предприняты попытки провести параллели между процессами, происходящими в зарубежных странах и России.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Обеспеченность населения медицинскими кадрами

Одним из показателей, характеризующих доступность медицинской помощи, является обеспеченность населения медицинскими кадрами. Он означает, что в организации трудится достаточно работников (всего или по отдельным специальностям) для эффективного функционирования этой организации и выполнения возложенных на нее задач.

Обеспеченность населения медицинскими кадрами рассчитывается, как правило, на 10 000 постоянного населения:

$$\text{Обеспеченность населения медицинскими кадрами} = \frac{\text{Численность врачей или среднего медперсонала}}{\text{Численность населения на конец года}} * 10\ 000$$

В отдельных случаях, например при анализе обеспеченности населения врачами-педиатрами участковыми, в знаменателе формулы используется численность детского населения на конец года.

В настоящее время показатель обеспеченности населения медицинскими кадрами используется (в статусе «дополнительные показатели») для мониторинга реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» [3], входящего в национальный проект «Здравоохранение» [4]:

- обеспеченность населения врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, чел. на 10 тыс. населения (в числителе – число врачей, число физических лиц врачей – основных работников на занятых должностях в государственных и муниципальных медицинских организациях);
- обеспеченность населения врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, чел. на 10 тыс. населения (в числителе – число физических лиц врачей – основных работников на занятых должностях в

медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях);

- обеспеченность медицинскими работниками, оказывающими скорую медицинскую помощь, чел. на 10 тыс. населения (в числителе – число физических лиц врачей и среднего медицинского персонала – основных работников на занятых должностных станциях (отделениях) скорой медицинской помощи);

- обеспеченность населения врачами, оказывающими специализированную медицинскую помощь, чел. на 10 тыс. населения (в числителе – число физических лиц врачей – основных работников на занятых должностях в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях);

- обеспеченность населения средними медицинскими работниками, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, чел. на 10 тыс. населения (в числителе – число физических лиц среднего медицинского персонала – основных работников на занятых должностях в государственных и муниципальных медицинских организациях).

Всемирная организация здравоохранения также придает важное значение данному показателю, указывая, что он помогает в проведении оценки неравенства в доступе к первичной медико-санитарной помощи [5].

Укомплектованность медицинскими кадрами

Укомплектованность организации медицинским персоналом характеризуется соотношением занятых и штатных должностей в процентном выражении. Организация считается укомплектованной кадрами, если в ней отсутствуют вакантные штатные единицы.

Показатель может рассчитываться отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, по различным специальностям медицинских работников:

$$\frac{\text{Укомплектованность организации медицинскими кадрами}}{\text{Число занятых должностей}} = \frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число штатных должностей}} * 100$$

Показатель укомплектованности может рассчитываться не только по занятым должностям, но и по физическим лицам. В этом случае в числителе будет стоять число физических лиц (по различным категориям медицинского персонала или специальностям).

Показатель укомплектованности относится к основным показателям национального проекта «Здравоохранение». Приказом МЗ РФ [3] утверждены методики расчета укомплектованности:

- фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий медицинскими работниками, %;
- медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (доля занятых физическими лицами должностей от общего количества должностей в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), % нарастающим итогом: врачами;
- медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (доля занятых физическими лицами должностей от общего количества должностей в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), % нарастающим итогом: средними медицинскими работниками.

Показатель укомплектованности отсутствует в аналитических базах ВОЗ, OECD, что позволяет предположить его исключительное применение только на территории Российской Федерации.

АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН

Международные исследования кадровой политики здравоохранения поднимают проблему сложности количественных сравнений человеческих ресурсов в медицине [6]. При проведении количественных сравнений необходимо учитывать, что роль и функции медицинских работников: медицинской сестры, врача амбулаторного приема в России отличаются от таковых в других странах. Различия эти носят глубокий характер и связаны с принципиальными несовпадениями организации медицинской помощи.

Еще одна важная тенденция в зарубежном здравоохранении – появление новых профессий, связанных с обслуживанием медицинской и информационной техники, организацией медицинской помощи, углубленным обслуживанием пациентов. Эти так называемые «смежные специалисты» существенно дополняют работу врача и медицинской сестры. Например, в США насчитывается более 200 профессий смежных специалистов, на которых приходится около 60 % работников здравоохранения [7].

В отличие от сферы материального производства, где новое разделение трудовых функций направлено на повышение производительности труда и снижение издержек, в здравоохранении доминирует обратный процесс повышения трудоемкости услуг, особенно в больницах. Во многих странах четко прослеживается тенденция роста числа работников больниц в расчете на одну больничную койку. В некоторых из них сегодня на одну больничную койку приходится 6–7 работников. Это дает возможность быстрее лечить пациентов с высоким клиническим результатом.

2.1. Германия

По данным OECD.Stat, общая занятость в сфере здравоохранения и социальной защиты (в пересчете на 1 000 населения) в Германии составила в 2019 г. 72,91 специалиста (против 61,85 в 2011 г.) [8]. Это составляет 13,38 % от общей занятости гражданского населения (в 2011 г. – 11,95 %).

Обеспеченность практикующими врачами (в пересчете на 1 000 населения) в Германии составила в 2019 г. 4,39 специалиста (против 3,88 в 2011 г.).

Врачи общего профиля (терапевты, ВОП, семейные врачи) в 2019 г. были представлены в количестве 1,01 на 1 000 населения (0,94 в 2011 г.), что составляет 22,91 % от общего количества врачей (в 2011 г. – 24,18 %).

Непосредственно врачи общей практики в 2019 г. были представлены в количестве 0,72 на 1 000 населения (0,71 в 2011 г.), что составляет 16,35 % от общего количества врачей (в 2011 г. – 18,28 %).

Врачи, работающие в больницах, в 2019 г. были представлены в количестве 2,48 на 1 000 населения (против 2,03 в 2011 г.).

2.2. США

По данным OECD.Stat, общая занятость в сфере здравоохранения и социальной защиты (в пересчете на 1 000 населения) в США составила в 2019 г. 66,11 специалиста (против 60,67 в 2011 г.) [8]. Это составляет 13,59 % от общей занятости гражданского населения (в 2011 г. – 13,3 %).

Обеспеченность практикующими врачами (в пересчете на 1 000 населения) в США составила в 2019 г. 2,64 специалиста (против 2,46 в 2011 г.).

Врачи общего профиля (терапевты, ВОП, семейные врачи) в 2019 г. были представлены в количестве 0,31 на 1 000 населения (0,3 в 2011 г.), что составляет 11,64 % от общего количества врачей (в 2011 г. – 12,14 %).

Врачи, работающие в больницах, в 2019 г. были представлены в количестве 1,03 на 1 000 населения (против 0,83 в 2011 г.).

2.3. Великобритания

По данным OECD.Stat, общая занятость в сфере здравоохранения и социальной защиты (в пересчете на 1 000 населения) в Великобритании составила в 2019 г. 60,69 специалиста (против 58,3 в 2011 г.) [8]. Это

составляет 13,36 % от общей занятости гражданского населения (в 2011 г. – 12,56 %).

Обеспеченность практикующими врачами (в пересчете на 1 000 населения) в Великобритании составила в 2019 г. 2,95 специалиста (против 2,68 в 2011 г.).

Врачи общего профиля (терапевты, ВОП, семейные врачи) в 2019 г. были представлены в количестве 0,76 на 1 000 населения (0,79 в 2011 г.), что составляет 25,97 % от общего количества врачей (в 2011 г. – 29,33 %).

Врачи, работающие в больницах, в 2019 г. были представлены в количестве 2,16 на 1 000 населения (против 1,95 в 2011 г.).

Обеспеченность медицинскими работниками в Великобритании принята в качестве индикатора цели в области устойчивого развития («Обеспечение здорового образа жизни и способствование благополучию для всего населения в любом возрасте»).

2.4. Китай

Согласно статистическому отчету Государственного комитета по делам здравоохранения КНР, в 2019 году наблюдалось значительное улучшение услуг Китая в области здравоохранения [9]. На конец 2019 года число медицинских работников составило 12 928 335 человек, увеличившись на 5,1 % в годовом выражении.

Расчет обеспеченности населения медицинскими кадрами в Китае ведется на 1 000 населения. В указанном выше статистическом отчете приводятся данные по трем категориям персонала: технический персонал здравоохранения, практикующие врачи и их помощники, зарегистрированные медицинские сестры. Технический персонал здравоохранения включает практикующих врачей, практикующих помощников врачей, практикующих медсестер, фармацевтов, техников, врачей-стажеров и других специалистов в области здравоохранения.

По всем указанным категориям показатель обеспеченности с 2011 г. неуклонно возрастал, в большей степени применительно к городскому населению, чем к сельскому (рис. 1).

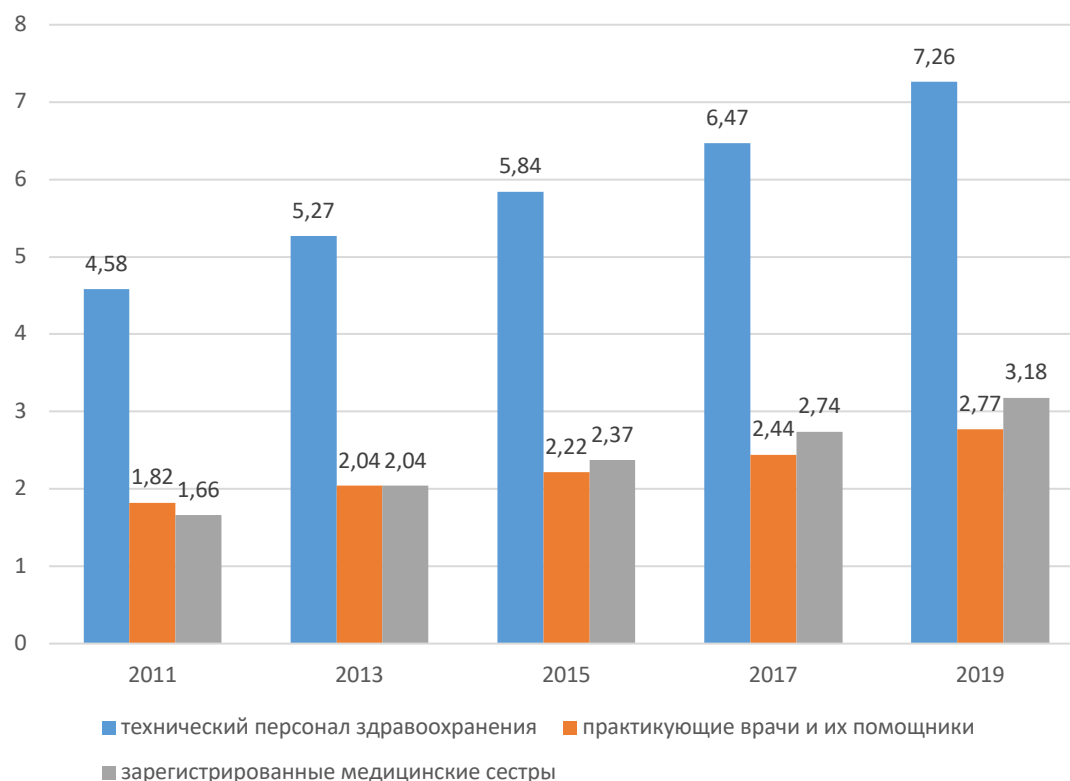


Рисунок 1 – Тенденции в обеспеченности населения Китая медицинскими кадрами.

Указанные показатели выросли за период с 2011 по 2019 г. более чем в 1,5 раза (1,6 – для технического персонала, 1,52 – для практикующих врачей и их помощников, 1,9 – для зарегистрированных медицинских сестер). По данным OECD.Stat, обеспеченность практикующими врачами (в пересчете на 1 000 населения, без помощников) в Китае составила в 2019 г. 2,24 специалиста (против 1,47 в 2011 г.) [8].

2.5. Сингапур

В расчете обеспеченности медицинскими кадрами (на 10 000 населения) учитывается все население Сингапура (резиденты и нерезиденты).

По данным веб-сайта правительственного агентства Сингапура, обеспеченность врачами и медицинским сестрами (включая акушерок) с 2000 года неуклонно растет (рис. 2).

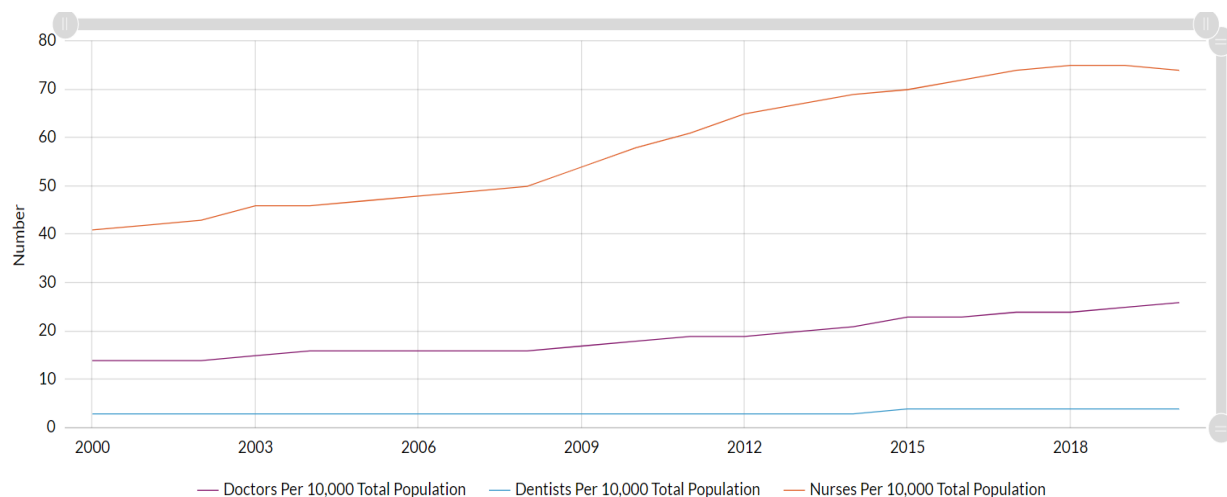


Рисунок 2 – Тенденции в обеспеченности населения Сингапура медицинскими кадрами¹.

Обеспеченность врачами выросла с 14 чел. в 2000 г. до 26 в 2020 г. Обеспеченность медицинскими сестрами за аналогичный период увеличилась с 41 до 74 чел. Практически неизменной осталась обеспеченность населения стоматологами (3 в 2000 г. и 4 в 2020 г.).

Эти данные являются открытыми, так как утверждены в качестве индикатора цели в области устойчивого развития («Обеспечение здорового образа жизни и способствование благополучию для всего населения в любом возрасте»).

В отдельных документах (руководствах), издаваемых Министерством здравоохранения Сингапура, можно увидеть позиции, относящиеся к штатной расстановке. Но они касаются только сестринского персонала.

Так, например, в рекомендациях для больниц с отделением интенсивной терапии новорожденных прописаны требования к уровню образования врачей и медицинских сестер, обозначены их профессиональные компетенции и, в зависимости от уровня оказания медицинской помощи, установлено минимальное количество медицинских сестер на ребенка (1 : 0,5 на 3-м уровне и 1 : 1,1 на 2-м уровне) [10].

¹ <https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M870001>

АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ, ПОДХОДЫ К ЕГО НОРМИРОВАНИЮ

Анализ статистических показателей

Одним из основных условий успешного развития системы здравоохранения, целью которой является создание равного доступа каждого россиянина к качественной медицинской помощи, является обеспечение отрасли адекватным количеством квалифицированных медицинских специалистов.

По данным OECD.Stat, общая занятость в сфере здравоохранения и социальной защиты (в пересчете на 1 000 населения) в России составила в 2019 г. 29,98 специалиста (против 30,31 в 2011 г.). Это составляет 6,19 % от общей занятости гражданского населения (показатель доступен с 2017 г., значение не менялось) [8].

По данным OECD.Stat, обеспеченность практикующими врачами (в пересчете на 1 000 населения) составила в 2019 г. 4,16 специалиста (против 4,25 в 2011 г.). Врачи общего профиля (терапевты, ВОП, семейные врачи) в 2019 г. были представлены в количестве 0,32 на 1 000 населения (0,33 в 2011 г.) [8].

Согласно данным официальной российской статистики, обеспеченность врачами на 10 000 населения с 2015 года имеет устойчивую положительную динамику (табл. 1) [11].

Таблица 1. Обеспеченность врачами в РФ в период с 2015 по 2019 год

	2015	2016	2017	2018	2019	Динамика
Численность врачей на 10 000 населения	45,9	46,4	47,5	47,9	48,7	+6,1%

Однако если анализировать обеспеченность врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, то положительная динамика уже не имеет столь выраженный характер.

С 2018 по 2020 год она изменилась с 37,39 до 37,98 на 10 000 населения (+1,58 %) [12].

Не имеет тенденции к росту обеспеченность населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях: в период с 2018 по 2020 год она составляла 20,79, 20,96 и 20,77 на 10 000 населения соответственно [13].

Анализ обеспеченности населения средним медицинским персоналом с 2015 года имеет устойчивую отрицательную динамику (табл. 2).

Таблица 2. Обеспеченность средним медицинским персоналом в РФ в период с 2015 по 2019 год

	2015	2016	2017	2018	2019	Динамика
Численность среднего медицинского персонала на 10 000 населения	105,8	104,8	103,8	101,6	101,6	-3,97%

Обеспеченность населения средними медицинскими работниками государственных и муниципальных медицинских организаций имеет аналогичную отрицательную динамику (-1,18%): в период с 2018 по 2020 год она составляла 86,28, 85,76 и 85,26 на 10 000 населения соответственно [14].

Показатель укомплектованности медицинских организаций медицинскими кадрами, став одним из основных показателей национального проекта «Здравоохранение», приобрел целевые значения, которые должны быть достигнуты в ходе реализации указанного проекта (табл. 3), и нашел свое отражение в официальной открытой статистике Федеральной службы государственной статистики [4].

Таблица 3. Целевые показатели национального проекта «Здравоохранение» (извлечение)

Целевой показатель	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях	80	81	83	86	89	82	95

(физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2), %							
- фактические данные [15]	80,8	82,1	80,6				
Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2), %	89	90	91	92	93	94	95
- фактические данные [16]	86,1	91	89,2				

Как видно из представленных данных, в 2020 году произошло значительное отставание фактических показателей от запланированных, что было связано с вынужденным перераспределением врачей и средних медицинских работников для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Подходы к нормированию кадрового обеспечения медицинских организаций

Стремительное развитие медицинских технологий, появление новых методов диагностики, лечения, реабилитации пациентов подтверждает факт значительного влияния на качество и доступность медицинской помощи количественных и качественных характеристик кадрового состава медицинской организации [17, 18, 19].

В России для всех государственных и муниципальных организаций используется единый универсальный подход к установлению нормативов обеспечения организаций медицинскими кадрами – Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России)

утверждает порядки оказания медицинской помощи населению по различным профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), в которых содержатся рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений (табл. 4).

Таблица 4. Примеры рекомендуемых штатных нормативов

Должность	Рекомендуемый нормативный показатель	Приказ МЗ РФ
Врач-терапевт участковый	1 на 1 700 человек прикрепленного взрослого населения	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"»
Врач-педиатр участковый	12,5 штатных единиц на 10 000 прикрепленного детского населения	Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»
Врач общей практики (семейный врач)	1 должность на прикрепленное население: – 1 200 взрослого населения – 1 000 взрослого и детского населения	Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
Врач-инфекционист инфекционного отделения	1 на 15 коек	Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 № 69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»
Врач-хирург хирургического отделения	1 на 12 коек	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия"»

Приведенные в таблице данные (на примере врачебных должностей) иллюстрируют различные подходы к установлению нормативных показателей: в амбулаторно-поликлинических условиях (при оказании первичной медико-санитарной помощи) расчет ведется на основании прикрепленного населения, в стационарных условиях – должности устанавливаются на койки.

В отношении средних медицинских работников используются аналогичные подходы, с той лишь разницей, что в амбулаторных условиях должности сестринского персонала устанавливаются в увязке с врачебными должностями. Должности фельдшера (акушерки), ведущих самостоятельный

прием на фельдшерско-акушерском пункте, устанавливаются из расчета обслуживаемого населения [20].

В настоящее время для расчета потребности в медицинских кадрах и определения дефицита врачей и средних медицинских работников приказами Минздрава России утверждены методики расчета потребности:

- во врачебных кадрах (приказ Минздрава России от 29 ноября 2019 г. № 974);
- в специалистах со средним медицинским образованием (приказ Минздрава России от 29 ноября 2019 г. № 973).

Методики позволяют учитывать особенности субъектов Российской Федерации: плановые объемы медицинской помощи, принятые в территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению и утвержденные в субъекте Российской Федерации; особенности заболеваемости с учетом пола и возраста населения; уровень оказания медицинской помощи; наличие в субъекте Российской Федерации населенных пунктов, отдаленных (более 300 км) от медицинских организаций, где оказывается специализированная медицинская помощь; территориальные особенности (расположение субъекта в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, плотность населения, удельный вес сельского населения) и др.

Учет особенностей субъектов Российской Федерации происходит за счет использования в указанных выше методиках корректирующих коэффициентов: коэффициент удаленности и транспортной нагрузки, коэффициент сменности, коэффициент возрастной нагрузки, коэффициент управления.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО УСТРАНЕНИЮ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

На сегодняшний день обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами и кадровая политика в этой сфере реализуются в рамках Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [21], как один из компонентов программы развития. Во исполнение Указа Президента разработан Национальный проект «Здравоохранение» [4], одной из целей которого является ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В число восьми приоритетных федеральных программ в рамках нацпроекта «Здравоохранение» также вошел федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».

За время реализации проекта планируется увеличить численность врачей по сравнению с 2017 годом на 9,0 % до 598 тыс. специалистов, а средних медицинских работников, соответственно, на 10,2 % до 1 396 тыс. специалистов.

Указанные задачи предполагается решить как за счет дополнительной подготовки специалистов (увеличения числа обучающихся по программам ординатуры и программам среднего профессионального образования), так и путем совершенствования механизмов закрепления специалистов в отрасли (повышения эффективности трудоустройства выпускников, в том числе подготовленных в рамках целевого обучения).

Реализация федерального проекта осуществляется посредством различных механизмов и мероприятий, описанных далее.

Ежегодно проводится анализ и планирование потребности в медицинских кадрах на уровне субъекта и муниципальных образований с

учетом уровня заболеваемости и объемов оказания медицинской помощи населению. Анализ проводится по показателям, характеризующим врачебный (в том числе в разрезе основных специальностей) и средний медицинский персонал государственных медицинских организаций (обеспеченность, укомплектованность, коэффициент совместительства).

В помощь регионам Минздравом России были утверждены методики расчета потребности в специалистах (приказ Минздрава России от 29 ноября 2019 г. № 973 «Об утверждении методики расчета потребности в специалистах со средним медицинским образованием», приказ Минздрава России от 29 ноября 2019 г. № 944 «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах»). Каждый субъект Российской Федерации ежегодно нормативным актом утверждает потребность в медицинских кадрах.

Одним из наиболее достижимых подходов, имеющих целью повышение укомплектованности медицинскими кадрами государственных медицинских организаций, в настоящее время признана система целевой подготовки специалистов.

Ежегодно в субъектах Российской Федерации формируются списки абитуриентов по целевому обучению по образовательным программам высшего образования и среднего профессионального образования. Формирование объемов, структуры контрольных цифр приема осуществляется с учетом потребности конкретных государственных медицинских организаций в конкретных специалистах. Студентам предоставляются меры социальной поддержки.

Мероприятия по содействию в трудоустройстве выпускников медицинских вузов и колледжей в регионах включают в себя создание центров содействия трудоустройству выпускников в государственные медицинские организации. Традиционной формой содействия остается организация встреч работодателей и выпускников, так называемых «ярмарок вакансий».

В целях привлечения в сельскую местность квалифицированных специалистов в области медицины в 2012 году была принята программа «Земский доктор», действующая и по сегодняшний момент. Условия участия в программе «Земский доктор» установлены п. 1 и 7 приложения 8 к Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 [22]. В рамках этой программы медицинским работникам выплачивается единовременная компенсация, если они приехали (переехали) на работу в муниципальные медицинские организации, находящиеся в сельских населенных пунктах; рабочих поселках; поселках городского типа; городах с населением до 50 тыс. человек. Размер выплат зависит от удаленности населенного пункта или труднодоступности территории, в которой он находится.

С целью привлечения и закрепления за медицинскими учреждениями высококвалифицированных специалистов дефицитных специальностей в регионах реализуются жилищные программы для работников государственных учреждений.

В субъектах Российской Федерации проводятся мероприятия по совершенствованию систем оплаты труда медицинских работников, направленные на увеличение доли выплат по окладам в структуре заработной платы до 55–60 %, по результатам которых ежегодно направляется отчет в Минздрав России.

Одним из важнейших направлений устранения кадрового потенциала системы здравоохранения, по мнению многих авторов, является усиление заинтересованности к выбранной профессии ее будущих представителей и молодых специалистов. В свою очередь интерес к выбранному направлению профессиональной деятельности обусловлен рядом слагаемых. Во многом он определяется эффективностью профессиональной ориентации и профессионального отбора молодежи, поступающей в медицинские вузы, которая с наибольшей вероятностью сможет успешно освоить медицинскую

профессию и без ущерба для своего здоровья работать в отрасли на протяжении длительного времени. Немаловажную роль играет мотивация студентов медицинских вузов к освоению выбранной профессии.

Как показывают исследования, примерно 40 % молодых людей из-за незнания технологии выбора профессии, отсутствия опыта в профессиональной деятельности выбирают профессию, не соответствующую их интересам и способностям. Уже 30–50 % первокурсников различных вузов хотели бы поменять избранную ими специальность. Часть из них решаются оставить учебу в вузе и поменять профессиональные планы [23].

Приверженность к профессии врача формируется и влияет в течение всего времени получения им образования и первых лет профессиональной деятельности. Во всех развитых странах функционируют системы профконсультаций, создана и продолжает наращиваться библиотека всевозможных тестов, используемых для самоопределения, выбора профессии и образовательного учреждения. Специфика медицинского труда, высокая ответственность за результаты работы и необходимость постоянного повышения уровня знаний и навыков делают актуальной необходимость совершенствования системы приёма в медицинские вузы, разработки новых принципов формирования личности студента-медика, его отношения к предстоящей трудовой деятельности и к себе как представителю профессии врача. Следовательно, системы профессиональной ориентации будущих врачей и профессионального отбора претендентов на получение медицинской профессии могут рассматриваться в качестве важных элементов укрепления и развития кадрового потенциала отрасли.

Таким образом, на законодательном уровне разработано значительное количество мер, в том числе финансовой поддержки, по кадровому обеспечению системы здравоохранения России.

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ статистических показателей обеспеченности населения и укомплектованности медицинских организаций медицинскими кадрами показал существование различных подходов к сбору и анализу данных показателей.

Основной упор при анализе делается на показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами. Эти данные показывают, что во многих зарубежных странах обеспеченность населения врачами гораздо ниже, чем в России. Но это совсем не означает низкое качество оказания медицинской помощи, например, в Сингапуре с обеспеченностью населения 26 врачами на 10 000 населения (при аналогичном показателе в России 37,6).

Очевидно, на первый план выходят вопросы, связанные с организацией процесса оказания медицинской помощи, когда несвойственные медицинской специальности функции передаются другим, не только медицинским, работникам. Это направлено в том числе и на удешевление медицинских процессов.

Во многих развитых странах мира идет активное развитие профессий, тесно связанных с медициной, но не являющихся медицинскими. Соответственно, в структуре штата медицинской организации возрастает общее количество так называемого немедицинского персонала. В этом направлении Россия существенно отстает. Так, занятость в сфере здравоохранения и социальной защиты (в пересчете на 1 000 населения) в России значительно ниже (29,98), чем в Германии, США, Великобритании (72,91, 66,11, 60,69 соответственно).

Учитывая зарубежные тенденции к расширению перечня должностей (специальностей), задействованных в оказании медицинской помощи, стоит рассмотреть вопрос об использовании данного опыта в практике российского здравоохранения.

В настоящее время данные по обеспеченности представляют интерес только в сравнительном аспекте и для определения формирующихся

тенденций (рост/снижение). Внимание организаторов здравоохранения должно быть сконцентрировано на вопросе обоснования действующих нормативов обслуживания населения (насколько установленные нормативы сегодня соответствуют уровню развития медицинских технологий).

Показатель укомплектованности встречается только в российских статистических базах. Он позволяет отслеживать наполняемость организаций медицинскими кадрами, принимать соответствующие управленческие решения при отклонении фактического показателя от заданного.

Оценка будущих потребностей в кадрах здравоохранения – это прогнозирование не только численности, но и специальностей, квалификаций, условий работы, производительности и качества.

Стоит согласиться с тем, что постоянный мониторинг кадрового ресурса здравоохранения для реагирования на меняющиеся потребности крайне необходим. План по кадровым ресурсам не должен восприниматься как документ, который создается раз и навсегда и не подлежит корректировке и изменению.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Провести экспертный обзор использования в зарубежных системах здравоохранения специалистов с немедицинским образованием и на его основе подготовить проекты изменений в действующие Порядки оказания медицинской помощи (в части использования кадров с немедицинским образованием).

Для медицинских организаций, имеющих в своей структуре стационарное и амбулаторно-поликлинические отделения, разработать механизмы выполнения врачом стационара работ по амбулаторному приему пациентов (в объеме не менее 50 % рабочего времени).

Проработать вопрос о создании на уровне субъекта Российской Федерации целенаправленной системы наставничества по формированию мотивации будущих врачей и молодых специалистов к выбранной профессии с учетом социально-экономических особенностей развития субъекта, потребности медицинских организаций в кадрах, сложившихся организационных и экономических отношений в системе здравоохранения и медицинского образования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Долгова СА, Голикова ЮБ, Тычинская ИА, Горбова ИН. Актуальные аспекты кадрового менеджмента в сфере здравоохранения на региональном уровне. Экономика и предпринимательство. 2020;5(118):330-334. [Dolgova SA, Golikova YuB, Tychinskaya IA, Gorbova IN. Actual aspects of personnel management in the health sector at the regional level. SocialAspectsOfPublicHealth. 2020;66(3):10-12. (InRussian)]
2. Улумбекова ГЭ. Программа неотложных мер в здравоохранении РФ для выхода из системного кризиса. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2020;1(19):4-16. [Ulumbekova GE. The program of urgent measures in the health care of the Russian Federation to overcome the systemic crisis. ORGZDRAV: News, Opinions, Training. 2020;1(19):4-16. (InRussian)]
3. Приказ Минздрава России от 01.04.2021 № 284 «Об утверждении методик расчета отдельных основных показателей национального проекта "Здравоохранение" и дополнительных показателей федерального проекта «"Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами", входящего в национальный проект "Здравоохранение"» / КонсультантПлюс
4. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16) / КонсультантПлюс
5. Национальная система учета кадров здравоохранения: руководство [Nationalhealthworkforceaccounts: a handbook]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: ССВУ-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311615/9789244513118-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Щербакова Е. М. Медицинские кадры мира // Демоскоп Weekly. 2020. № 861-862. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2020/0861/barom01.php>

7. ААНСП (2012) "Association of Allied Health Schools, Definition of Allied Health Professionals". 2012 Asahp.org
8. OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/#>
9. Статистический отчет Государственного комитета по делам здравоохранения КНР. 2020. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2020/indexeh.htm>
10. Рекомендации для больниц с отделением интенсивной терапии новорожденных. https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/resources-statistics/guidelines/neonatal_intensive_care_service_guidelines.pdf
11. Российский статистический ежегодник. 2020: Стат. сб./Росстат. – Р76 М., 2020. – 700 с.<https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12994>
12. ЕМИСС. <https://fedstat.ru/indicator/59678>
13. ЕМИСС. <https://fedstat.ru/indicator/59676>
14. ЕМИСС. <https://fedstat.ru/indicator/59677>
15. ЕМИСС. <https://fedstat.ru/indicator/59510>
16. ЕМИСС. <https://fedstat.ru/indicator/59509>
17. Задворная О. Л, Алексеев В. А., Борисов К. Т. Кадровые риски в обеспечении безопасности медицинской деятельности // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). – 2017. – Т. 8. № 1. – С. 132–139. DOI: 10.18184/2079–4665.2017.8.1.132–139
18. Сергеева Н. М. О проблеме укомплектованности персоналом в медицинских учреждениях / Региональный вестник. – 2018. – № 1 (10). – С. 31-32.
19. Киселёва И. Н., Иванов Н. П., Алексеева Н. В., Филимонова Е. В. Механизмы эффективности использования кадровых ресурсов в системе здравоохранения / Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2019. – № 2 (120). – С. 3.
20. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» / КонсультантПлюс.

21. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 (ред. от 21.07.2020) «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» / КонсультантПлюс.
22. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"» / КонсультантПлюс.
23. Хазов М. В. Управление врачебным персоналом многопрофильной медицинской организации // Главврач. – 2017. – № 4. – С.21-29.