

**Краткий отчет
по проекту «Развитие кадрового потенциала
столичного здравоохранения»
(с 1 апреля по 1 июня 2019 г.)**

На первом этапе выполнения проекта проведен анализ научных публикаций, публикаций в СМИ, вторичный анализ социологических исследований, посвященных системе повышения квалификации и переподготовки кадров в здравоохранении, анализ статистики, а также завершен первый этап полевых исследований, в рамках которого проведены глубинные (экспертные) интервью с экспертами в области здравоохранения и пилотный опрос.

Анализ показал, что в московском государственном здравоохранении наблюдаются две основные тенденции, имеющие отношение к количественной оценке кадровой ситуации в московской медицине. Дефицит старшего медицинского персонала устранен, при этом наблюдается дефицит среднего медицинского персонала, усугубляющийся последовательным сокращением количества единиц среднего медперсонала. Однако данные статистики требуют верификации с использованием качественных социологических методов, в частности, глубинных интервью с экспертами, поскольку первичный источник подобных статистических данных – отделы кадров в медицинских организациях - не всегда обладает достоверной информацией относительно реальных трудовых стратегий увольняющихся медицинских работников.

Основные результаты:

1. Анализ научной литературы и публикаций в СМИ по теме исследования позволил выявить основные болевые точки (группы проблем) развития кадрового потенциала столичного здравоохранения:

- кадровый дефицит по отдельным врачебным специальностям (участковые терапевты и педиатры);
- сокращение численности младшего медицинского персонала;

- рост предпочтений трудоустройства в частных клиниках в связи с увеличением трудовой нагрузки в государственных медицинских организациях;
- проблемы при осуществлении профессиональной подготовки и переподготовки (повышения квалификации) медицинских работников.

2. Изучение российской нормативно-правовой базы, регулирующей сферу здравоохранения выявило: несмотря на то, что действующее законодательство РФ насчитывает несколько десятков законов и значительное количество подзаконных нормативных актов, его нельзя признать достаточным для решения современных задач управления кадровыми ресурсами в медицинской сфере. Существующие нормативные правовые акты разрознены, ряд норм дублируют друг друга, а некоторые отношения в области медицины вообще не регулируются правом.

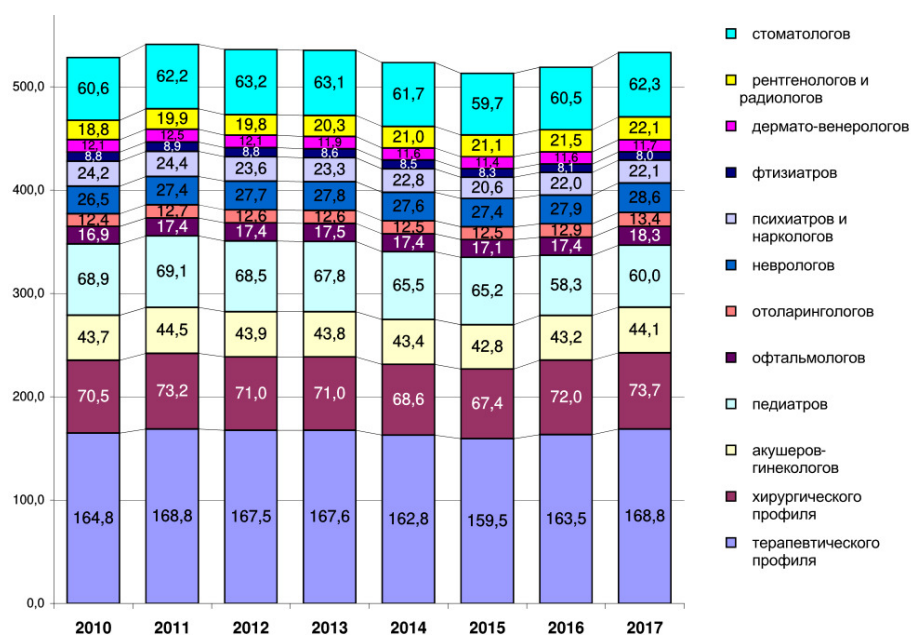
3. Аккумуляированные на первом этапе исследования статистические материалы свидетельствуют о следующих тенденциях и особенностях.

Специфика рынка труда в здравоохранении состоит в длительной продолжительности по времени подготовки медицинских кадров, в наличии узкой специализации работников, в необходимости непрерывного повышения квалификации даже у достаточно опытного персонала.

В силу особенностей функционирования рынка медицинских услуг, связанных с наличием барьеров для входа на рынок, наличием монополистической конкуренции, а также жесткой внутриведомственной регламентацией деятельности государственных медицинских учреждений, число хозяйствующих на рынке субъектов определяется не в ходе конкурентной борьбы за потребителя – пациента, а является результатом внутриведомственных организационно-управленческих решений.

Сокращение лечебных заведений не могло не сказаться на понижении численности медицинских кадров. По отдельным специальностям по всей

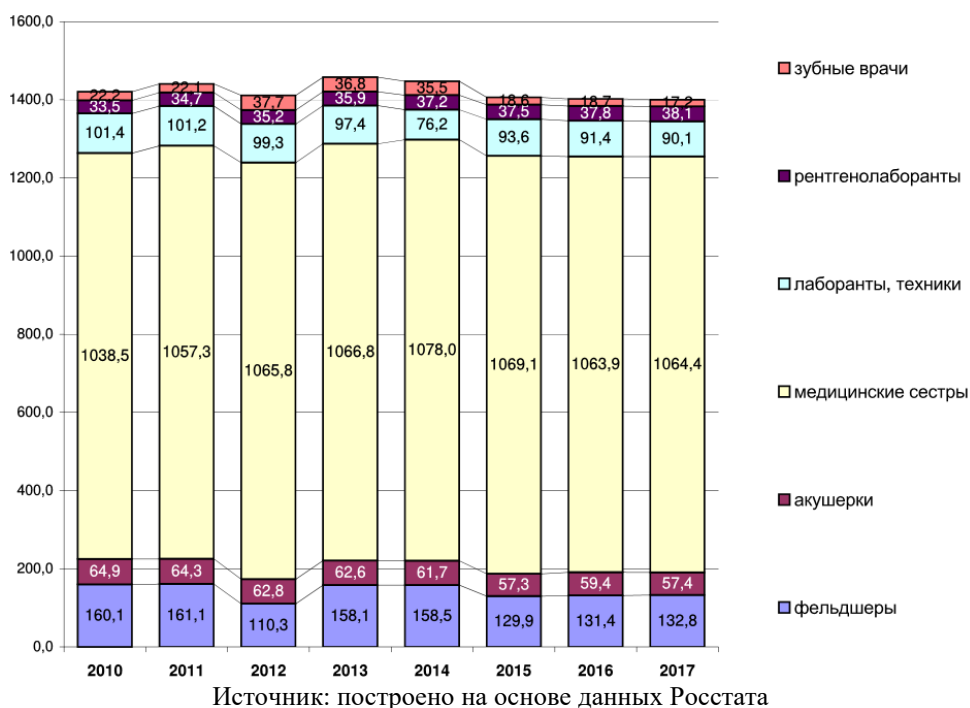
России имеет тенденцию к снижению численности врачей: так, в 2017 г. число врачей-педиатров уменьшилось почти на 13% по сравнению с 2010 годом, на 9% стало меньше - фтизиатров и на 8,7% - психиатров и наркологов (рис.1). Больше стало рентгенологов и радиологов (почти на 17,5%), офтальмологов, отоларингологов и неврологов (почти на 8%).



Источник: построено на основе данных Росстата

Рис. 1. Численность врачей по отдельным специальностям по России (2010-2017 гг.), тыс. чел.

Подобные тенденции наблюдаются и среди численности среднего медицинского персонала по отдельным специальностям. С 2010 года по 2017 – сократилась численность зубных врачей на 22,5%, фельдшеров – на 17%, акушерок – на 11,6%, лабораторных работников и техников на 11%. Выросло число рентгенолаборантов – почти на 14% и незначительно на 2,5% увеличилось число медицинских сестер (рис. 2).



Источник: построено на основе данных Росстата

Рис. 2. Численность среднего медицинского персонала по отдельным специальностям по России (2010-2017 гг.), тыс. чел.

По оценкам Министерства здравоохранения, в первичном звене не хватает 10,7 тыс. участковых терапевтов и педиатров, а также около 24 тыс. врачей-специалистов по 94 медицинским направлениям.

Что касается Москвы, то в учреждениях Департамента здравоохранения столицы в целом обеспеченность врачами в 2017 г составляла - 35,62 (для сравнения в России - 37,4) на 10 000 населения.

Обеспеченность медицинскими сестрами значительно различается по регионам Российской Федерации и в учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы, и составляла в 2016 г. 88,2 и 64,2 на 10000 населения.

В соответствии с паспортом регионального проекта города Москвы «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения города Москвы квалифицированными кадрами» в столичном здравоохранении отсутствуют диспропорции в распределении кадров, а потребность по отдельным специальностям медицинских работников удовлетворяется за счет привлечения молодых специалистов.

Формирование контрольных цифр приема на подготовку специалистов в образовательных организациях с учетом реальной потребности в медицинских кадрах осуществляется по заявкам руководителей медицинских организаций. Выпускники, обучающиеся по целевому направлению Департамента здравоохранения города Москвы, обязаны отработать в течение 3-х лет в медицинских организациях, которые имеют потребность в таких специалистах.

Качество и доступность медицинской помощи зависит от адекватного соответствия количества врачей и их распределения по различным регионам страны, оптимального сочетания между врачами широкого профиля (врачи общей практики, терапевты, хирурги, педиатры и др.) и узкими специалистами.

Данные, касающиеся сравнения статистических данных по размеру средней зарплаты врачей в регионах России и Москве, приведены в таблице 2.

Таблица 2.

Средняя зарплата врачей в регионах России, 2017 год (руб.)

<i>№ п/п</i>	<i>Регион</i>	<i>Средняя зарплата</i>
1	Москва	59000
2	Москва и Московская область	51000
3	Санкт-Петербург	41000
4	Санкт-Петербург и Ленинградская область	41000
5	Красноярский край	34000
6	Челябинская область	31000
7	Новосибирская область	31000
8	Свердловская область	30000
9	Республика Татарстан	28000
10	Республика Башкортостан	27000
11	Нижегородская область	26000
12	Краснодарский край	26000
13	Самарская область	26000
14	Республика Крым	25000

Москва – лидер среди регионов по уровню заработной платы, на 8 тыс. руб. ниже средняя зарплата врача в Московской области. В Республике Крым – самая низкая оплата труда.

Результаты углубленного статистического анализа будут представлены по итогам следующих этапов выполнения проекта.

4. Осуществлено пилотное исследование, в качестве первого этапа социологического опроса медицинского персонала организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы.

На данном этапе выполнения проекта разработана Программа социологического опроса медицинского персонала методом выборочного анкетного опроса. В задачи опроса вошел сбор информации для анализа качества трудовой жизни медиков, их трудовых диспозиций и мотиваций, развития профессионально-квалификационного потенциала на основе непрерывного медицинского образования, трудовой мобильности.

В соответствии с техническим заданием определена генеральная совокупность опроса. В нее включен врачебный и средний медицинский персонал, оказывающий медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях. Разработаны параметры выборки, отвечающие задаче согласованности выборочной и генеральной совокупности. Предпочтение отдано квотной выборке, которая основана на следующих квотируемых признаках: численность врачей и среднего медицинского персонала; работающие в больницах и поликлиниках; оказывающие помощь в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного и дневного (кратковременного) стационара.

Обоснован производственный принцип формирования выборки, предполагающий сбор информации по месту работы респондентов и надежнее обеспечивающий реализацию квотируемых признаков, чем территориальный принцип. В качестве объектов опроса отобраны шесть больниц и поликлиник для детей и взрослых, которые локализованы в разных районах города. Планируемый объем выборки – 400 наблюдений.

Подготовлены опросные материалы (анкета), которые включают разделы о социально-демографических характеристиках медицинских работников, об их трудовой жизни в организации и о трудовых диспозициях, о профессионально-

квалификационных характеристиках, о включенности в систему непрерывного медицинского образования. Выбран метод раздаточной анкеты, предназначенной для самостоятельного заполнения респондентами и возврата уполномоченным лицам. Это обусловлено тем, что данный метод лучше обеспечивает анонимность, а значит, и адекватность полученных субъективных оценок.

Выполнена проверка анкеты на пилотажном исследовании (выборка пилотажа – около 20% основной выборки), которая подтвердила корректность основных задач и гипотез исследования, а также надлежащую реализацию квотного принципа. Были учтены и исправлены недостатки анкеты, относящиеся к ее конкретному инструментарию и уточнению содержания разделов.

Результаты первого этапа выполнения Программы социологического опроса медицинских работников:

– предварительные данные, полученные в пилотажном исследовании, позволили обосновать предложения для интервьюирования экспертов по проблемам, изучение которых не входит в Программу или недоступно для метода массового анкетного опроса (о формировании структуры оплаты труда медицинских работников, о достоинствах и недостатках системы НМО, об отношении молодежи к профессиональному развитию, об обеспечении организаций кадрами младшего медицинского персонала);

– анкета полностью готова для основного опроса, проведение которого согласно техническому заданию запланировано на втором этапе выполнения проекта.

Второй этап проведения массового опроса предполагает изучение мнений врачей и медицинских сестер, работающих во взрослых и детских поликлиниках и стационарах, на предмет удовлетворенности материальными и нематериальными условиями их труда, запросами и возможностями (необходимость и доступность) для переквалификации и повышения квалификации.

5. В качестве одного из полученных результатов организованного Круглого стола «Кадры столичной медицины: образ будущего» обозначен важный актуальный вопрос дальнейшего развития столичного здравоохранения – кадровое обеспечение системы как с точки зрения качественного и количественного состава, так и с целью определения наиболее эффективных путей развития **прогнозирования кадровых потребностей**. Было доказано, что для современного руководителя медицинской организации требуются новые компетенции, в том числе, умение формировать команду единомышленников, которая обладает знаниями и навыками по развитию медицинской организации и удовлетворению ожиданий пациентов. Поскольку для руководителя важна задача не только по привлечению, но и удержанию и развитию сотрудников, назрела необходимость создания комплексной системы обучения глав медицинских учреждений управленческим навыкам. (например, обучение заместителей главных врачей («Управление медицинской организацией» – 1 год, или «Профессиональная медицинская коммуникация» для врачей и медицинских сестер (программа–трансформер, от 72 до 250 часов). Было выявлено, что так называемое **адаптивное дистанционное обучение** (включая руководителей медицинских учреждений), по мнению экспертов, экономит время обучения примерно на 50%, что очень важно при современной загруженности медицинских работников.

Показано, что четкое представление, какие сотрудники нужны клинике не только с точки зрения профессиональной подготовки, но и формирования коллектива как команды – одна из фундаментальных основ современной кадровой политики в современном здравоохранении.

На основании мнения экспертов, выявлено, что решение кадровых вопросов требует комплексного подхода, и формальное решение, которое сводится к укомплектованности штата сотрудниками необходимых специальностей, не связано напрямую с эффективностью оказания медицинской помощи. В первую очередь необходимо фокусироваться на качестве подготовки специалистов, которая должна включать формирование не

только профессиональных навыков, но и обучение эффективного взаимодействия с пациентом. А это, в свою очередь, требует изучения соотношения профессиональных и универсальных компетенций врачей, и особенно медицинских сестер.

6. Вторичный анализ данных социологических исследований, а также мнений экспертов дали возможность увидеть тенденции, касающиеся трудовой мотивации медицинских работников. Снизить остроту существующих в системе здравоохранения проблем, в определенной степени можно через задействование всех факторов мотивации профессиональной деятельности направленной на повышение производительности труда. Работа с мотивацией врачей лежит в сфере построения долгосрочных факторов: системы целей, организационного климата, условий развития. Среди наиболее эффективных материальных инструментов мотивации экспертами выделены следующие:

1) повышении фиксированной части заработной платы (оклада). На основе анализа вторичных данных можно прийти к заключению, что фиксированная часть заработной платы изменилась незначительно, а в сравнении с прошлыми годами, сопоставляя с темпами инфляции и вовсе остается неизменной. Люди спокойны, когда они знают, что получают свой заслуженный оклад, что они могут точно рассчитывать на него, а не на эфемерные премиальные, которые могут меняться или периодически исчезать.

2) стимулирующие выплаты должны быть четко регламентированы и прописаны, чтобы специалист понимал, за что конкретно он получает премию и может выбрать в каких направлениях следует действовать без ущерба основной деятельности, основным задачам в рамках трудового договора.

3) инвестиции в сотрудника, представляющие собой материальный вклад в развитие профессиональных, личностных компетенций специалиста: персонифицированные программы обучения и развития, повышение квалификации (за рамками обязательных программ). Данный инструмент мотивации является самым мощным и эффективным, т.к. он влияет на многие сферы человека – повышение роли самого сотрудника в коллективе, в

организации, повышение собственной уверенности в себе, в своей деятельности, повышение заинтересованности и желания в собственном развитии, и как следствие, повышение благополучия как собственного, так и медицинского учреждения в частности, повышение престижа и имиджа клиники.

Поскольку трудовая деятельность работников здравоохранения связана с большим эмоциональным напряжением, то среди причин, удерживающих человека в конкретном учреждении, выделяются факторы нематериальной мотивации. Установлено, что демотивирующим фактором может служить неумение руководителя (главврача или заведующего отделением) четко разделять зоны ответственности персонала. По мнению экспертов, более половины сотрудников на первые места по демотивации ставят факторы: чрезмерный контроль со стороны руководителя, саму личность руководителя, а также конфликты с коллегами и недружелюбные отношения в коллективе. Причем гораздо большую важность психологическому климату в коллективе придают врачи, чем представители среднего медицинского персонала.

Нематериальные инструменты мотивации:

1) создание достойных (не кабальных) условий труда для успешной и эффективной деятельности специалиста, для обеспечения стабильности, возможности профессионального роста и возможности приносить пользу другим:

- создание условий для врача, который должен только лечить, а не заниматься иной деятельностью (не планировать закупки медицинского инвентаря, лекарств и т.п., и тем более, не заниматься поиском поставщиков и закупкой всего необходимого оборудования);

- увеличение количества времени на прием пациента, что прямым образом влияет на качество предоставляемой услуги и результат действия этой услуги (врачебной помощи);

- увеличение продолжительности отпуска для медицинских работников (профилактика профессионального выгорания). В ряде случаев самым

действенным стимулом продолжать работу с полной самоотдачей для врача может стать «спущенный» в приказном порядке внеплановый отпуск в санатории или профилактории;

- планирование трудовой деятельности сотрудника (недопущение переработок, ограничения в переработках, которые негативным образом влияют на деятельность медицинских работников, их моральное истощение);

- планирование «индивидуальной карты профессионального развития сотрудника» - с момента трудоустройства и до финальной точки в своем профессиональном развитии, т.е. сотрудник должен понимать, каким образом он может расти, совершенствовать свои навыки, в какие сроки он может достигать промежуточных этапов в своей карьере.

7. Осуществленные научные изыскания и проведенные научные мероприятия позволили сформировать гипотезы, которые легли в основу разработанных гайдов (сценариев) экспертного опроса специалистов. Глубинные структурированные интервью, как метод качественного социологического исследования, направлен на выявление тех проблем с формированием и особенностями развития кадрового потенциала, которые невозможно выявить с помощью количественного (массовый опрос) социологического метода исследования.

Сценарии разработаны для:

- *главных врачей* медицинских учреждений г. Москвы (включают 2 блока: формирование и развитие кадрового потенциала медицинских работников и развитие управленческих кадров в столичном здравоохранении);

- *руководителей медицинских вузов* г. Москвы;

- *руководителей средних учебных медицинских заведений* г. Москвы;

- для *руководителей столичных центров* профессиональной переподготовки и повышения квалификации.

Методология экспертного опроса предполагает привлечение высококвалифицированных специалистов в области подготовки кадров и

управления ими, способных компетентно высказываться по поводу актуальных проблем рассматриваемой темы.

Разработанные социологические инструменты – гайды - успешно апробированы, полученные результаты позволят на втором этапе выполнения проекта сформулировать основные выводы и рекомендации по формированию кадрового резерва столичного здравоохранения.

8. Предложены статистические и прогнозные методы планирования с точки зрения управления кадровым потенциалом. Выделены этапы статистического исследования. Методы прогнозирования включают в себя комплекс работ, подготавливающих последующее принятие управленческих решений. Методы оценки дефицита кадровых ресурсов здравоохранения, используемые в качестве основы для составления прогнозов потребностей, будут применены с учетом различных аспектов динамики кадрового резерва, включая прогнозы потребностей, предложение и спрос, развитие и движение персонала, а также подготовки и переподготовки специалистов.

Выводы:

I. В условиях активно развивающейся системы здравоохранения и постоянно возникающих новых вызовах, при накопленном нормативном материале, изданном в разное время и регулирующего различные предметы отношений, появилась необходимость в систематизации данной отрасли права.

II. Сокращение количества медицинских организаций в рамках проводимой оптимизации издержек в совокупности с мерами, направленными на повышение уровня оплаты труда, может лишь кратковременно и частично решить проблему дефицита медицинских кадров. Рост заработной платы в московском здравоохранении сопровождается сокращением штатов и не всегда экономически оправданным ростом интенсивности труда. Медицинские кадры (в первую очередь молодежь) предпочитают оставлять место работы в государственном секторе здравоохранения, подыскивая вакансию в частном секторе, где повышенная интенсивность труда компенсируется иным уровнем

оплаты, являющимся не результатом администрирования, а результатом рыночного взаимодействия спроса и предложения.

III. Кроме финансовой привлекательности при управлении медицинским персоналом необходим и учет нематериальных мотивационных факторов, как способа предотвращения профессионального выгорания медицинских работников и ухода из профессии. Перспектива профессионального и карьерного роста, благоприятный психологический климат в коллективе являются столь сильными дополнительными стимулами для сотрудника, что занимает ведущую позицию в системе мотивации.

IV. При осуществлении профессиональной подготовки и переподготовки (повышения квалификации) медицинских работников необходимы меры с учетом:

- 1) объективного роста увеличения объема профессиональных медицинских знаний во всем мире, требующего использования новых подходов к обучению, более современного оборудования; 2) недостатка часов практики в рамках вузовского медицинского образования и медицинского образования в колледжах; 3) необходимости изменения образовательных программ в результате расширения компетенций сестринского персонала (расширение универсальных компетенций (soft-skills) в связи с изменениями профессиональных обязанностей; 4) недостатка выстроенных каналов взаимодействия образовательных учреждений и медицинских организаций для целей эффективного осуществления образовательного процесса (проведения практики, симуляционного обучения); 5) сокращения штата профессорско-преподавательского состава медицинских вузов, преподавательского состава медицинских колледжей как следствие перехода к нормативно-подушевому финансированию.